Schadebegroting in het letselschadetraject:

Een analyse naar vraag 2c van de “IWMD Vraagstelling Causaal verband bij ongeval” ter beoordeling van de hypothetische situatie zonder ongeval

Masterscriptie Rechtsgeleerdheid
Afstudeerrichting Privaatrecht
Vrije Universiteit Amsterdam
Faculteit der Rechtsgeleerdheid

Naam: Robin Julia Petersen
Studentnummer: 2527753
Datum: 11 juli 2018
Scriptiebegeleider: mr. dr. A.J. Van
Tweede lezer: prof. mr. dr. A.J. Akkermans

Schadebegroting in het letselschadetraject:

Een analyse naar vraag 2c van de
“IWMD Vraagstelling Causaal Verband bij ongeval”
ter beoordeling van
de hypothetische situatie zonder ongeval

Inhoudsopgave

1. Inleiding……..……..4
1.1. Vraagstelling…….……4
1.2. Opzet en methodologie……..4
2. Achtergrond en juridisch kader……6
2.1. Hypothetische situatie zonder ongeval...……6
2.2. Problemen bij het voorspellen van de hypothetische situatie zonder ongeval……....7
2.2.1. De molenaarszoon……..7
2.2.2. Predispositie en preëxistente factoren……8
2.2.3. Meerdere alternatieve oorzaken…….....9
2.3. De IWMD-vraagstelling……10
2.3.1. Interdisciplinaire Werkgroep Medische Deskundigen……10
2.3.2. De IWMD-vraagstelling en ontwikkelingen…….....11
2.3.3. Nieuwe richtlijn, nieuwe vraagstelling?.....16
3. De IWMD-vraagstelling in de praktijk……17
3.1. Inleiding……...17
3.2. Algemene, vage of onduidelijke antwoorden aan de zijde van de medische deskundige …….....17
3.3. Aanvullende vragen…….……20
3.3.1. Introductie: aanvullende vragen……..20
3.3.2. Aanvullende vragen in de lagere rechtspraak en bij Beer advocaten.....20
3.3.3. Geen aanvullende vragen gesteld……..24
3.3.4. Aanvullende vragen: een conclusie…….....25
3.4. Het belang van de IWMD-vraagstelling……..26
3.4.1. Introductie…….....26
3.4.2. Casus "Cognitieve functiestoornissen"……..26
3.4.3. Casus "Niet te verklaren beenklachten"……....28
3.5. Samenvatting: een tussenconclusie…….……..29
4. Kritiek op de IWMD-vraagstelling en mogelijkheden tot verbetering…….....30
4.1. Inleiding……...30
4.2. Moeilijkheden en knelpunten aan de zijde van de medische deskundige……30
4.2.1. Introductie…….....30
4.2.2. "Professioneel koffiedik kijken"…….....30
4.2.3. Richtlijnen en rechtspraak……...31
4.2.4. Kritiek Joachim Lok……...32
4.2.5. Welke informatie is relevant?.....33
4.2.6. (On)partijdigheid……....34
4.3. Oplossingen ……..35
5. Conclusie……36
5.1. Inleiding……...36
5.2. Het belang van de IWMD-vraagstelling……...……36
5.3. Aanvullende vragen……...……..36
5.4. Concluderend…….……..37
Bibliografie……..38
Literatuur……38
Rechtspraak, conclusies en annotaties……41

1. Inleiding

1.1. Vraagstelling

Schadevaststelling in letselschadezaken verloopt in de praktijk door vergelijking van de gezondheidstoestand van de benadeelde in respectievelijk de situatie met ongeval en de situatie zonder ongeval. Voor de vaststelling van de gezondheidstoestand van de benadeelde in die beide situaties wordt in de letselschadepraktijk vrijwel altijd gebruik gemaakt van medische deskundigen.

Het vaststellen van de gezondheidssituatie met ongeval levert voor medische deskundigen doorgaans niet zoveel problemen op. Die situatie is immers in beginsel goed gedocumenteerd door de behandelaars. Het enige probleem is dat bij blijvend letsel niet altijd met zekerheid kan worden gezegd hoe de gezondheidssituatie zich in de toekomst zal ontwikkelen. Maar vaak kunnen daar op basis van de aard van het letsel en het herstelproces toch conclusies over worden getrokken.

Het vaststellen van de gezondheidstoestand zonder ongeval is minder eenvoudig. Dit gaat verder dan kijken in de toekomst. Het gaat hier immers om een situatie die er nooit is geweest en er ook nooit zal zijn. Daarin is het ongewis wat er allemaal op het pad zou zijn gekomen van de benadeelde. Het enige aanknopingspunt voor de medische deskundige biedt dan de gezondheidstoestand van de benadeelde voorafgaand aan het ongeval.

De praktijkjurist wil graag dat de medische deskundige zo helder mogelijk aangeeft hoe de gezondheidssituatie van de benadeelde zonder ongeval zou zijn geweest. Dat voorkomt namelijk discussie bij de vaststelling van de schade. De medische deskundige is bij het bepalen van de gezondheidstoestand in de hypothetische situatie zonder ongeval gebonden aan de regels van zijn vakgebied. Een daarvan is dat de medicus niet overgaat tot speculeren.

In de praktijk leidt dit laatste ertoe dat medische deskundigen, waar het gaat om de gezondheidstoestand in de hypothetische situatie zonder ongeval, vaak het antwoord schuldig moeten blijven of dat zij, als zij wel komen tot een antwoord, blijven steken in algemeenheden. Dat bemoeilijkt vervolgens de juridische discussie over de vaststelling van de schade.

In deze scriptie wil ik onderzoeken hoe kan worden bevorderd dat medische deskundigen komen tot een voor de letselschadepraktijk zo optimaal mogelijke vaststelling van de gezondheidssituatie van de benadeelde in de hypothetische situatie zonder ongeval.

1.2. Opzet en methodologie

Om deze probleemstelling te beantwoorden, zal ik in hoofdstuk 2 eerst de achtergrond en het juridisch kader schetsen om zo de problematiek, zoals beschreven in de vorige paragraaf, nader uit te leggen. Hierbij zal ik ingaan op welke informatie de letselschadepraktijk nodig heeft om te komen tot vaststelling van de schade en situaties beschrijven waarin problemen ontstaan. Ook introduceer ik in dit hoofdstuk de IWMD-vraagstelling, die door juristen wordt gebruikt om de hypothetische situatie zonder ongeval te achterhalen.

In hoofdstuk 3 zal ik vervolgens de IWMD-vraagstelling in de praktijk behandelen. Ik heb verschillende toonaangevende jurisprudentie en casussen in de praktijk bestudeerd. In dit hoofdstuk bespreek ik hoe de praktijk omgaat met de IWMD-vraagstelling en tot welke problemen dat leidt.

In hoofdstuk 4 zal ik onderzoeken wat er in de weg staat aan de optimale vaststelling van de hypothetische situatie zonder ongeval. Hierbij zal ik de kritiek bespreken op de IWMD-vraagstelling en voorstellen doen tot verbetering van de bestaande praktijk.

Hoofdstuk 5 zal een uitzeenzetting zijn van de bevindingen van dit onderzoek. Ik zal afsluiten met een conclusie waarin de onderzoeksvraag van deze scriptie wordt beantwoord.

2. Achtergrond en juridisch kader

2.1. Hypothetische situatie zonder ongeval

Een integraal onderdeel van de letselschadepraktijk is het berekenen van de schade die de benadeelde door toedoen van een ander heeft opgelopen. Doordat een ongeval of een medische fout heeft plaatsgevonden, kan de benadeelde zijn of haar dagelijkse leven niet meer voortzetten op de voor hem of haar gebruikelijke of gewenste manier. Volgens de Hoge Raad is het uitgangspunt bij het berekenen van de schade om iemand zoveel mogelijk in de financiële positie te brengen waarin hij of zij zou hebben verkeerd in het hypothetische geval dat de schadeveroorzakende gebeurtenis niet zou hebben plaatsgevonden. Dit laatste wordt de 'situatie zonder ongeval' genoemd.[1] De schade moet in beginsel worden berekend met inachtneming van alle omstandigheden van het geval.[2] Dit moet zo specifiek mogelijk. Als er geen specifieke informatie is, dan mag er worden volstaan met waarschijnlijkheden die nog wel enigszins zijn toegesneden op de situatie van de benadeelde.

De begroting van voortdurende letselschade is naar haar aard speculatief.[3] Zowel de voorspelling van de hypothetische situatie zonder ongeval als de voorspelling van de toekomstige situatie met ongeval berust namelijk op waarschijnlijkheden, aangezien de ene situatie zich nooit zal voordoen en de andere situatie nog niet heeft plaatsgevonden.

De problemen met het schatten van de hypothetische situatie zonder ongeval zijn het meest duidelijk bij de berekening van de arbeidsvermogensschade, ook wel het verlies aan verdienvermogen of inkomensschade genoemd. Dit is de schadepost waarover door zijn omvang veruit het meest wordt gediscussieerd. De arbeidsvermogensschade wordt berekend door het inkomen van de benadeelde in de feitelijke situatie (de 'situatie met ongeval') te vergelijken met het inkomen dat de benadeelde in de hypothetische situatie zonder ongeval zou hebben verworven.[4] Het verschil is het verlies aan verdienvermogen. Bij de beoordeling van de hypothetische situatie van de benadeelde zonder normschending, dus zonder dat de onrechtmatige daad heeft plaatsgevonden, kijkt de rechter naar de redelijke verwachting omtrent de toekomstige ontwikkelingen.[5] Hierbij dient de rechter de goede en de kwade kansen van de benadeelde af te wegen, waarbij hij een grote mate van vrijheid heeft. De stelplicht en de bewijslast van het bestaan en de omvang van de schade door verminderd arbeidsvermogen rusten in beginsel op de benadeelde.[6] De benadeelde dient dus te stellen en bewijzen hoe zijn hypothetische situatie zonder ongeval eruit had gezien. Er mogen in dit verband echter geen strenge eisen worden gesteld aan de benadeelde. De Hoge Raad heeft geoordeeld dat het immers door de aansprakelijke partij komt dat de benadeelde geen zekerheid meer heeft over wat er in de hypothetische situatie van zijn of haar leven was geworden.[7] Het oordeel van de rechter dient bij de voorspelling van de hypothetische situatie zonder ongeval begrijpelijk, consistent en voldoende gemotiveerd te zijn.[8]

---

[1] Zie o.a. HR 5 december 2008, ECLI:NL:HR:2008:BE9998, *NJ* 2009/387, m.nt. J.B.M. Franken (*Rijnstate/[F]]*).
[2] HR 5 december 2008, ECLI:NL:HR:2008:BE9998, *NJ* 2009/387, m.nt. J.B.M. Franken (*Rijnstate/[F]]*); HR 30 november 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA4604, *NJ* 2012/613 (*Derde peildatum-arrest*).
[3] Overes, *TVP* 2017/4, p. 134.
[4] Bolt, in: *GS Schadevergoeding*, aant. 2.5.3.
[5] HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2654, *NJ* 1998,624 (*Vehof/Helvetia*).
[6] HR 13 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE9243, *NJ* 2003/212 (*B/Olifiers*).
[7] HR 17 februari 2017, ECLI:NL:HR:2017:273, r.o. 3.3.2, *NJ* 2017/115 (*Molenaarszoon*).
[8] HR 17 februari 2017, ECLI:NL:HR:2017:273, r.o. 3.3.2, *NJ* 2017/115 (*Molenaarszoon*); HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, *NJ* 2016/138 (*Vossen Laboratories*).

2.2. Problemen bij het voorspellen van de hypothetische situatie zonder ongeval

2.2.1. De molenaarszoon

Een voorbeeld waarbij het voorspellen van de hypothetische situatie zonder ongeval tot problemen leidde, is een recent arrest over een molenaarszoon.[9] De molenaarszoon was op 23-jarige leeftijd, op 2 september 1989, betrokken bij een auto-ongeval, waarbij hij whiplash-gerelateerde klachten opliep. In 1991 nam hij, als vierde generatie, de molen van zijn vader over ("De Poolmolen"). Voorafgaand aan het ongeluk, in 1988, had hij het diploma Milling Technologist behaald aan de Swiss School of Mining (hierna: SMS) in Zwitserland. In hoeverre de molenaarszoon arbeidsongeschikt was geworden door het ongeluk is onduidelijk, maar er is wel sprake van enige arbeidsongeschiktheid.[10]

Een discussie ontstond over het verlies aan verdienvermogen wat de aansprakelijke partij diende te betalen; partijen werden het niet eens over de hypothetische situatie zonder ongeval. In eerste aanleg kwam de aansprakelijke partij met een deskundigenbericht waaruit bleek dat de financiële opbrengsten van de molen gering waren en dat de opbrengst van de molen dus niet rendabel bleek te zijn. Dit zou betekenen dat de molenaarszoon niets zou hebben verdiend in de hypothetische situatie zonder ongeval en dat hij derhalve geen verlies aan arbeidsvermogen zou lijden.

In hoger beroep, 23,5 jaar na dato van het ongeval, gooide de molenaarszoon het over een andere boeg. Deze plotselinge wijziging van de grondslag, jaren na het ongeval, is een eerste aspect waar het in het geschil om draaide.[11] Dit stond echter los van het debat omtrent de hypothetische situatie zonder ongeval. De koers die de molenaarszoon insloeg, is dat hij in de hypothetische situatie zonder ongeval weliswaar drie jaar de molen van zijn vader had overgenomen, maar als bleek dat deze niet rendabel zou zijn, zou hij dit niet hebben doorgezet. De molenaarszoon stelde zichzelf op het standpunt dat hij in dat geval een carrière buiten de molen zou hebben gerealiseerd, aangezien hij het diploma van de SMS op zak had. Dit toonde hij aan door aansluiting te zoeken bij het carrièreverloop en het gemiddelde salaris van medestudenten, die bijvoorbeeld verschillende managementfuncties waren gaan vervullen. Daarnaast had hij de beschikking over verklaringen van de schooldirecteur en pas afgestudeerden en legde hij verschillende linkedin-profielen over. Het hof verwierp dit standpunt op grond van een deskundigenrapport van neuropsycholoog Verdonck van 2000. Hierin werd vermeld dat het algehele functioneren van de molenaarszoon nadelig werd beïnvloed door pre-existente en niet-ongevalsgerelateerde psychologische factoren. Ook sloot Verdonck niet uit dat de molenaarszoon last had van een persoonlijkheidsstoornis. Het hof concludeerde hieruit dat de molenaarszoon, mede gelet op zijn persoonlijkheidsstructuur, een carrière buiten de molen niet had kunnen en willen realiseren.[12] Verder vermeldde het hof dat de molenaarszoon herhaaldelijk heeft benadrukt hoe belangrijk het overnemen van de molen voor hem was en dat het molenaarsvak hem met de paplepel is ingegoten.[13]

De Hoge Raad ging niet mee met het oordeel van het hof. In de eerste plaats vermeldde het rapport van de neuropsycholoog niet in hoeverre de persoonlijkheidsstructuur van de

[9] HR 17 februari 2017, ECLI:NL:HR:2017:273, *NJ* 2017/115 (*Molenaarszoon*).
[10] Overes, *TVP* 2017/4, p. 129.
[11] HR 17 februari 2017, ECLI:NL:HR:2017:273, *JA* 2017/57, m.nt. E.W. Bosch (*Molenaarszoon*), p. 30.
[12] Hof 's-Hertogenbosch 8 april 2014, ECLI:NL:GHSHE:2014:984, r.o. 7.13; Concl. A-G T. Hartlief, ECLI:NL:PHR:2016:1197, r.o. 2.18, bij HR 17 februari 2017, ECLI:NL:HR:2017:273, *JA* 2017/57, m.nt. E.W. Bosch (*Molenaarszoon*).
[13] Hof 's-Hertogenbosch 8 april 2014, ECLI:NL:GHSHE:2014:984, r.o. 7.13.

molenaarszoon in de situatie zonder ongeval van invloed zou zijn geweest op de mogelijkheid om een zelfde soort carrière als die van zijn studiegenoten te bewerkstelligen.[14] Daarnaast vond de Hoge Raad het argument dat De Poolmolen niet rendabel zou zijn geweest voldoende om de molenaarszoon gelijk te geven in zijn standpunt dat hij een carrière buiten de molen zou hebben verkozen. Daar deed zijn oorspronkelijke ambitie niets aan af.[15]

Uit dit arrest blijkt onder meer dat er niet zomaar conclusies mogen worden getrokken uit een deskundigenrapport. In dit geval was de persoonlijkheidsstoornis volgens de deskundige "niet uit te sluiten", maar hier konden geen conclusies uit worden getrokken omdat te weinig concreet was in hoeverre dit invloed had op de hypothetische situatie zonder ongeval.[16] Over het algemeen laat dit arrest zien dat het voorspellen van de hypothetische situatie zonder ongeval niet simpel is, vooral als klachten medisch niet of moeilijk objectiveerbaar zijn, waardoor het aspect van persoonlijkheid mogelijk een rol gaat spelen.

2.2.2. Predispositie en preëxistente factoren

Zoals blijkt uit het arrest *Molenaarszoon*, kunnen bepaalde persoonlijkheidskenmerken de beoordeling van de hypothetische situatie zonder ongeval bemoeilijken. Ook als sprake is van een predispositie of preëxistente factoren kunnen er problemen ontstaan bij de voorspelling van de hypothetische situatie zonder ongeval.

Van een predispositie is sprake wanneer de lichamelijke of geestelijke hoedanigheid van een persoon ervoor zorgt dat bepaalde klachten, die ontstaan door een ongeval, verergeren.[17] Een voorbeeld is het arrest van de Antilliaanse Henderson die tijdens een carnavalsoptocht op de Antillen met een wapenstok op zijn hoofd werd geslagen.[18] Hierdoor ondervond hij lichamelijke en psychische klachten, bestaande uit hoofdpijn, geheugenproblemen en minder intellectuele capaciteit. Daarnaast leed Henderson aan renteneurose. Dit betekent dat iemand een neurotische behoefte voelt om schadevergoeding te krijgen, voordat diegene lichamelijk kan herstellen. Verder was sprake van overdrijven en querulerende gedragingen. Door deze bijzondere omstandigheden wilde het hof in eerste instantie geen schadevergoeding toekennen. De Hoge Raad oordeelde echter dat deze omstandigheden als gevolg van de klap op zijn hoofd waren ontstaan. Deze vormden de psychische predispositie van Henderson, welke was geluxeerd door de klap met de wapenstok. Met een luxerend moment wordt bedoeld het moment waarop klachten die voor het ongeval nog niet bestonden, als gevolg van het ongeval, wat dan wordt gezien als een tweede gebeurtenis, ineens tot uiting komen.[19] Het ongeval vormt als het ware een prikkel, die ervoor zorgt dat de klachten ontstaan. De wapenstok was de prikkel om de persoonlijke factoren van Henderson naar boven te brengen die zorgden voor traag herstel, overdrijven en querulerend gedrag. Volgens artikel 6:98 van het Burgerlijk Wetboek moeten de gevolgen van een predispositie aan de onrechtmatige daad worden toegerekend.[20] Dit geldt niet als iemand onvoldoende bijdraagt aan zijn eigen herstel.[21]

Preëxistente factoren zijn factoren die reeds in bepaalde mate bestonden voordat het ongeval plaatsvond. Een voorbeeld is de zaak *Keller/Univé*.[22] De heer Keller werd in zijn

[14] HR 17 februari 2017, ECLI:NL:HR:2017:273, r.o. 3.3.3, *NJ* 2017/115 (*Molenaarszoon*).
[15] HR 17 februari 2017, ECLI:NL:HR:2017:273, r.o. 3.3.4, *NJ* 2017/115 (*Molenaarszoon*).
[16] Overes, *TVP* 2017/4, p. 132.
[17] Van, *TVP* 2003/4, p. 106.
[18] HR 8 februari 1985, ECLI:NL:HR:1985:AG4961, *NJ* 1986/137, m.nt. C.J.H. Brunner (*Renteneurose*).
[19] Van, *TVP* 2003/4, p. 107.
[20] HR 8 februari 1985, ECLI:NL:HR:1985:AG4961, *NJ* 1986/137, m.nt. C.J.H. Brunner (*Renteneurose*).
[21] HR 4 november 1988, ECLI:NL:HR:1988:AB8920, *NJ* 1989/751, m.nt. C.J.H. Brunner (*ABP/Stuyvenberg*).
[22] Rb. Zwolle 16 februari 2000, ECLI:NL:RBZWO:2000:AK4247, *TVP* 2000, p. 78 e.v., m.nt. A.J. Akkermans.

invalidenwagen van achteren aangereden door een tractor en liep hierbij een post whiplash syndroom op. Hij was op het moment van de aanrijding echter reeds arbeidsongeschikt omdat hij leed aan fibromyalgie. De rechtbank oordeelde dat de aan het ongeval toe te rekenen kosten in de loop der tijd zouden zijn verdrongen door de kosten die de heer Keller ook zou hebben gehad door zijn fibromyalgie. Ook zonder ongeval zou de heer Keller behoefte hebben gehad aan zorg, omdat de fibromyalgie volgens de ingeschakelde deskundige progressief was. Dit progressieve karakter houdt in dat de lichamelijke mogelijkheden steeds verder afnemen naarmate de ziekte vordert.[23] Hierom beperkte de rechtbank de looptijd van de schade. Preëxistente factoren zijn, in tegenstelling tot predisposities, wel relevant voor de vaststelling van de omvang van de schadevergoedingsverplichting.[24]

De meeste predisposities zijn echter ook preëxistent, dus een duidelijke scheidslijn is er niet.[25] De terminologie kan als verwarrend worden gezien. Het gaat er uiteindelijk om of bepaalde factoren onafhankelijk van het ongeval ook tot een verminderde duur van de arbeidsgeschiktheid zouden hebben geleid en of factoren derhalve van invloed zijn op de omvang of de looptijd van de schade. Het tijdstip waarop factoren zijn ontstaan en de manier waarop is niet relevant.[26]

Predisposities of preëxistente factoren bemoeilijken de voorspelling van de hypothetische situatie zonder ongeval, omdat niet precies duidelijk is welke klachten in de hypothetische situatie zonder ongeval ook waren opgetreden.

2.2.3. Meerdere alternatieve oorzaken

Ook als sprake is van meerdere alternatieve oorzaken van een symptoom kan de voorspelling van de hypothetische situatie zonder ongeval problemen opleveren, omdat in die gevallen niet duidelijk is of de onrechtmatige daad wel de oorzaak is van bepaalde symptomen.[27] Dit was bijvoorbeeld het geval in het arrest *Nefalit/Karamus*.[28] In dit geding ging het om een werknemer die zijn werkgever aansprak omdat hij gedurende de uitoefening van zijn werkzaamheden werd blootgesteld aan asbest. De werknemer was van mening dat de longkanker, waar hij aan leed, het gevolg was van deze blootstelling. Vast stond echter ook dat de werknemer gedurende ten minste 28 jaar lang gerookt had. Het is medisch gezien niet mogelijk om de longkankergevallen die veroorzaakt zijn door asbest te onderscheiden van longkankergevallen veroorzaakt door rookgedrag. Het was dus niet duidelijk of de longkanker het gevolg was van de blootstelling aan asbest. In dergelijke gevallen levert de voorspelling van de hypothetische situatie dan ook problemen op. Er kan namelijk niet met zekerheid worden vastgesteld dat de werknemer in de hypothetische situatie zonder ongeval ook longkanker had gekregen.

Onder deze categorie vallen ook de onbegrepen chronische pijnklachten. Bij deze symptomen is echter geen sprake van een duidelijke alternatieve oorzaak, zoals bij het arrest *Nefalit/Karamus* wel het geval was. Tot de onbegrepen chronische pijnklachten behoren medisch gezien het post whiplash syndroom, Repetitive strain injury (hierna: RSI) en

[23] Akkermans, *TVP* 2003/4, p. 100.
[24] Van, *TVP* 2003/4, p. 106.
[25] Van, *TVP* 2003/4, p. 107.
[26] Akkermans, *TVP* 2003/4, p. 99-100; Van, *TVP* 2003/4, p. 109.
[27] Aangezien de termen 'klachten', 'stoornissen' en 'afwijkingen' in de praktijk voor discussie kunnen zorgen over subjectiviteit, zullen deze begrippen ter voorkoming van verwarring in het vervolg worden aangeduid met het overkoepelende begrip 'symptomen'; vgl. hiervoor Van, *TVP* 2003/4, p. 105–106.
[28] HR 31 maart 2006, ECLI:NL:HR:2006:AU6092, *NJ* 2011/250 (*Nefalit/Karamus*).

fibromyalgie.[29] Een whiplashtrauma kan bijvoorbeeld klachten tot gevolg hebben, die op hun beurt weer een vicieuze cirkel kunnen veroorzaken van catastroferende gedachten, bewegingsangst, verergering van de klachten, vermijdingsgedrag, verhoogde spierspanning, perspectiefverlies en deconditionering.[30] Hierbij speelt het biopsychosociale model een rol, waarbij deze laatstgenoemde klachten, de zogeheten onbegrepen chronische pijnklachten, het resultaat zijn van een combinatie van biologische (lichamelijke), psychische (mentale) en sociale (omgevings)factoren, inclusief gedrag.[31] Een jurist zal over het algemeen van mening zijn dat ook deze klachten zijn ontstaan door het whiplashtrauma en dat alle klachten derhalve in causaal verband staan met het whiplashtrauma.[32] Een arts zal dit anders zien en oordelen dat de 'directe' klachten na het whiplashtrauma medisch gezien niet langer duren dan zes weken. De klachten die na die zes weken nog bestaan, worden in stand gehouden door de mentale en sociale factoren en hebben dus een andere oorzaak dan het ongeval. Volgens de arts kan het whiplashtrauma dan niet meer worden aangemerkt als oorzaak van de chronische pijnklachten.[33] Deze chronische pijnklachten staan vanuit deze zienswijze dus ook niet meer in causaal verband met het ongeval en de schade die hieruit voortvloeit wordt dan niet vergoed. Een jurist zal echter van mening zijn dat de schade voortvloeiend uit de chronische pijnklachten wel moet worden vergoed. Zonder ongeval waren deze chronische pijnklachten er immers niet geweest. Wat deze categorie extra ingewikkeld maakt, is dat bij een bij een whiplash medisch 'objectieve' afwijkingen ontbreken.[34]

2.3. De IWMD-vraagstelling

Juristen proberen de hypothetische situatie zonder ongeval te beoordelen aan de hand van het inwinnen van deskundigenberichten. De medische hypothetische situatie wordt onderzocht aan de hand van medische deskundigen. Hierbij wordt de IWMD-vraagstelling toegepast.

2.3.1. Interdisciplinaire Werkgroep Medische Deskundigen

IWMD staat voor Interdisciplinaire Werkgroep Medische Deskundigen. Deze werkgroep vond zijn oorsprong in 2003 aan de Vrije Universiteit van Amsterdam (hierna: VU). De IWMD werd opgericht door de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging, een onderzoeksgroep behorend tot de faculteit Rechtsgeleerdheid van de VU. Deze onderzoeksgroep staat onder leiding van dhr. prof. mr. A.J. Akkermans. De IWMD bestond uit in de letselschadepraktijk werkzame medici en juristen.[35] De juristen waren werkzaam in de wetenschap, de rechterlijke macht en de advocatuur. De medici waren medische deskundigen die door juristen werden ingeschakeld om medisch advies te geven gedurende het letselschadetraject. In de IWMD participeerden vertegenwoordigers van (organisaties van) zowel slachtoffers als verzekeraars, dus beide bij de letselschadeafwikkeling betrokken partijen, en leden van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (hierna: KNMG) en van de rechterlijke macht.[36] Inmiddels bestaat de IWMD niet meer.

---

[29] Van, *L&S* 2012/1, p. 31.
[30] Van, *L&S* 2012/1, p. 32.
[31] Van, *L&S* 2012/1, p. 32; Vingerhoets 2005, p. 20; Teulings, *L&S* 2010/178, p. 7.
[32] Van, *L&S* 2012/1, p. 33.
[33] Reinders, *Medisch Contact* 2002/1, p. 11 e.v.
[34] Rb. Amsterdam 9 maart 2017, ECLI:NL:RBAMS:2017:1538, r.o. 4.2, *JA* 2017/80.
[35] Van, *L&S* 2012/1, p. 31.
[36] '*Projectgroep Medische Deskundigen in de Rechtspleging*', *rechten.vu.nl/nl/onderzoek/organisatie/onderzoeksinstituten-en-centra/projectgroep-medische-deskundigen/index.aspx*, laatstelijk geraadpleegd op 19 juni 2018.

2.3.2. De IWMD-vraagstelling en ontwikkelingen

Het voornaamste doel van de IWMD was het ontwikkelen van een vraagstelling voor medische deskundigen ter beoordeling van het causale verband bij een ongeval.[37] Hiertoe is de Werkgroep een aantal keer bijeen gekomen met een diverse samenstelling van deskundigen werkzaam in de praktijk.[38]

Tijdens de eerste bijeenkomst van de Werkgroep werd al duidelijk dat tussen medici en juristen niet dezelfde taal werd gesproken met betrekking tot causaliteit. Medici zien causaliteit namelijk als een feitelijk begrip. Pas als bepaalde symptomen 'objectiveerbaar' en 'medisch verklaarbaar' zijn, kan er sprake zijn van een causaal verband tussen een symptoom en een ongeval. Voor juristen is causaliteit een normatief begrip, waarbij bewijslastverdeling een rol speelt. Hierbij wordt ook gekeken naar de aard en de ernst van een bepaald letsel en de mate van onzorgvuldigheid van het gedrag van de schadeveroorzakende persoon.[39] De Werkgroep had als doel om de vertaalslag tussen medici en juristen zonder problemen te laten verlopen, ondanks het verschil in zienswijzen omtrent causaliteit.

Uit arresten van de Hoge Raad bleek dat juristen zich bij de vraag omtrent causaliteit baseren op een vergelijking tussen twee situaties: met en zonder ongeval. In de situatie met ongeval wordt gekeken naar de gezondheidstoestand van een slachtoffer zoals die zich na een ongeval heeft geopenbaard en hoe deze zich waarschijnlijk in de toekomst zal voortzetten. De situatie zonder ongeval is de hypothetische situatie waarin iemand zich zou hebben bevonden als het ongeval nooit was gebeurd. Deze vergelijking vormde de grondslag voor de IWMD Vraagstelling Causaal verband bij ongeval (de IWMD-vraagstelling).[40] Deze is opgesteld voor medische deskundigen die in een letselschadetraject worden ingeschakeld bij de beoordeling van de aard en de omvang van de geleden letselschade.[41] De vraagstelling werd zo opgebouwd dat medische deskundigen aan de hand van deze vragen een objectieve beschrijving opmaken over de situatie met en de hypothetische situatie zonder ongeval. De jurist vergelijkt vervolgens de twee situaties en op basis hiervan maakt hij een beoordeling welke symptomen in causaal verband staan met het ongeval.[42]

De eerste versie van de IWMD-vraagstelling dateerde uit 2004. In 2010 is de vraagstelling op veel punten vernieuwd.[43] Een van deze vernieuwingen was de verwerking van de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage (hierna: RMSR) in de IWMD-vraagstelling.[44] In de richtlijn worden de eisen geformuleerd die worden gesteld aan deskundigen en hun rapportages, als hulpmiddel voor deskundigen bij het uitvoeren van hun werkzaamheden.[45]

---

[37] Van, *TVP* 2003/4.
[38] Van, Akkermans & Wilken, *TVP* 2009/2, p. 33.
[39] Van, *L&S* 2012/1, p. 31.
[40] Van, *L&S* 2012/1, p. 31.
[41] Wilken, *TvGR* 2009/8, p. 597.
[42] Van, *L&S* 2012/1, p. 31.
[43] Van, *L&S* 2012/1, p. 34.
[44] *'IWMD Vraagstelling Causaal verband bij ongeval', deletselschaderaad.nl/downloads/Werkdocument-onderdeel-5-IWMD-Vraagstelling-Causaal-verband-bij-ongeval.pdf*, p. 2, laatstelijk geraadpleegd op 19 juni 2018; 'Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage januari 2008', https://www.nvpc.nl/uploads/stand/602f_2008_Medisch_specialistische_rapportage.pdf, laatstelijk geraadpleegd op 11 juli 2018.
[45] 'IWMD Vraagstelling Causaal verband bij ongeval', p. 2.

De meest recente IWMD-vraagstelling met toelichting ziet er als volgt uit:

"**IWMD Vraagstelling Causaal verband bij ongeval**

ALGEMENE TOELICHTING
Deze vraagstelling is bedoeld om niet-medici die zich bezighouden met de afwikkeling van letselschade inzicht te geven in de medische uitgangspunten die van belang zijn bij het bepalen van de omvang van de schade die de onderzochte heeft geleden (en in de toekomst mogelijk zal lijden) als gevolg van een ongeval. Deze schade wordt in het civiele aansprakelijkheidsrecht vastgesteld aan de hand van een vergelijking tussen de gezondheidstoestand van de onderzochte zoals die na het ongeval is ontstaan en zich waarschijnlijk in de toekomst zal voortzetten (de situatie met ongeval) en de hypothetische situatie waarin de onderzochte zich zou hebben bevonden als het ongeval nooit had plaatsgevonden (de situatie zonder ongeval).

Deze systematiek vormt de grondslag van deze vraagstelling. Onderdeel 1 heeft betrekking op de gezondheidstoestand en het functioneren van de onderzochte in de situatie met ongeval. In onderdeel 2 wordt aan de deskundige gevraagd zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven hoe de gezondheidstoestand en het functioneren van de onderzochte in de hypothetische situatie zonder ongeval zouden zijn geweest. De gezondheidssituatie van de onderzochte voorafgaand aan het ongeval is relevant voor de beoordeling van beide situaties.

Bij het opstellen van de vraagstelling is aansluiting gezocht bij de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage (RMSR. Deze richtlijn is digitaal te raadplegen via www.nvsmr.nl, > publicaties). In deze richtlijn is geformuleerd aan welke eisen een deskundige en diens rapportage moeten voldoen. De richtlijn is bedoeld als hulpmiddel voor deskundigen bij het uitvoeren van hun werkzaamheden. De deskundige wordt verzocht de aanbevelingen en bepalingen in de richtlijn – zo veel als mogelijk – in acht te nemen.

1. DE SITUATIE MET ONGEVAL
Anamnese
a. Hoe luidt de anamnese voor wat betreft de aard en de ernst van het letsel, het verloop van de klachten, de toegepaste behandelingen en het resultaat van deze behandelingen? Welke overige klachten en beperkingen op uw vakgebied worden desgevraagd gemeld? Wilt u in uw anamnese vermelden welke beperkingen op uw vakgebied de onderzochte aangeeft in relatie tot de activiteiten van het algemene dagelijkse leven (ADL), loonvormende arbeid en het uitoefenen van hobby's, bezigheden in recreatieve sfeer en zelfwerkzaamheid?

Aanbeveling 2.2.4. RMSR:
De beschrijving van de anamnese is deugdelijk en compleet, en beperkt zich tot de relevante gegevens. De beschrijving van de anamnese bevat uitsluitend het verhaal van de onderzochte in diens bewoordingen. Er worden daarbij geen termen gebezigd of feiten vermeld die uitsluitend kunnen zijn ontleend aan aangeleverde of verkregen medische gegevens of een interpretatie daarvan. Als hieraan wordt voldaan, dan verwoordt de anamnese per definitie het subjectieve verhaal van de onderzochte. Termen als "betrokkene zou (…)" worden vermeden. Ook voegt de expert bij de beschrijving van de anamnese geen voorlopige conclusies of eigen interpretaties toe.

Auto-anamnese en hetero-anamnese worden gescheiden en als zodanig genoemd weergegeven.

Medische gegevens
b. Wilt u op basis van het medisch dossier van de onderzochte een beschrijving geven van:
- de medische voorgeschiedenis van de onderzochte op uw vakgebied;
- de medische behandeling van het letsel van de onderzochte en het resultaat daarvan.

Aanbeveling 2.2.6 RMSR:
Uit het rapport blijkt van welke van de meegestuurde gegevens kennis werd genomen en op welke wijze de daaraan ontleende feiten zijn meegewogen in het eindoordeel. Bij voorkeur wordt in het rapport een samenvatting opgenomen van de aan de meegestuurde gegevens ontleende feiten.

Medisch onderzoek
c. Wilt u een beschrijving geven van uw bevindingen bij lichamelijk en eventueel hulponderzoek?

Aanbeveling 2.2.5 RMSR:
Er wordt een adequaat lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek verricht, maar slechts voor zover dat relevant is voor de beantwoording van de vraagstelling. Niet relevant onderzoek blijft uitdrukkelijk achterwege. Indien mogelijk worden de resultaten in kwantitatieve vorm weergegeven. Bij de beschrijving van de onderzoeksresultaten kan medisch jargon uiteraard niet worden vermeden.

Aanbeveling 2.2.7 RMSR:
Indien de expert aanvullend hulponderzoek (radiologisch, neuropsychologisch of anderszins) laat verrichten en de uitkomsten daarvan in zijn conclusies betrekt, dan dienen de verslagleggingen van deze onderzoeken bij het expertiserapport gevoegd te worden.

Consistentie
d. Is naar uw oordeel sprake van een onderlinge samenhang als het gaat om de informatie die is verkregen van de onderzochte zelf, de feiten zoals die uit het medisch dossier naar voren komen en uw bevindingen bij onderzoek en eventueel hulponderzoek?
e. Voor zover u op de vorige vraag ontkennend beantwoordt, wilt u dan aangeven wat de reactie was van de onderzochte op de door u geconstateerde inconsistenties en welke conclusies u daaruit trekt?

Aanbeveling 2.2.8 RMSR:
Als de anamnese niet overeenkomt met de feiten zoals die uit de stukken naar voren komen, dan dient uit het rapport te blijken dat de onderzochte, voor zover dat medisch verantwoord is, met deze discrepantie werd geconfronteerd. Vermeld wordt, wat zijn reactie daarop was en wat daaruit kan worden geconcludeerd.

Diagnose
f. Wat is de diagnose op uw vakgebied? Wilt u daarbij uw differentiaaldiagnostische overweging geven?

Aanbeveling 2.2.15 RMSR:
Waar nodig wordt een differentiaaldiagnostische overweging gegeven.

Beperkingen
g. Welke beperkingen op uw vakgebied bestaan naar uw oordeel bij de onderzochte in zijn huidige toestand, ongeacht of de beperkingen voortvloeien uit het ongeval? Wilt u deze beperkingen zo uitgebreid mogelijk beschrijven, op semi-kwantitatieve wijze weergeven en zo nodig toelichten ten behoeve van een eventueel in te schakelen arbeidsdeskundige?

Aanbeveling 2.2.17 RMSR :
Uit het rapport blijkt dat de expert de beperkingen van de onderzochte baseert op zijn eigen professionele oordeel en dat hij niet klakkeloos de door de onderzochte genoemde beperkingen heeft overgenomen.

Aanbeveling 2.2.18 RMSR:
De eventuele beperkingen van de onderzochte worden zo nauwkeurig mogelijk beschreven en slechts in semi-kwantitatieve vorm weergegeven. De expert zal zelf geen gekwantificeerde belastbaarheidsprofielen opstellen (bijvoorbeeld volgens de FIS- of FML-methodiek).

Medische eindsituatie
h. Acht u de huidige toestand van de onderzochte zodanig dat een beoordeling van de blijvende gevolgen van het ongeval mogelijk is, of verwacht u in de toekomst nog een belangrijke verbetering of verslechtering van het op uw vakgebied geconstateerde letsel?
i. Zo ja, welke verbetering of verslechtering verwacht uw?
j. Kunt u aangeven op welke termijn en in welke mate u die verbetering dan wel verslechtering verwacht?
k. Kunt u aangeven welke gevolgen deze verbetering dan wel verslechtering zal hebben voor de beperkingen (als bedoeld in vraag 1g)?

Aanbeveling 2.2.14 RMSR:
Als de expert om een inschatting wordt gevraagd en hij zich competent acht deze inschatting te maken, dan zorgt hij ervoor dat duidelijk wordt op welke wijze deze inschatting tot stand is gekomen. Hij geeft aan wat daarbij heeft meegewogen en wat van doorslaggevende betekenis is geweest.

2. DE SITUATIE ZONDER ONGEVAL
Meestal zal het niet mogelijk zijn om onderstaande vragen (met name de vragen 2c - 2e) met zekerheid te beantwoorden. Van u wordt ook niet gevraagd zekerheid te bieden. Wel wordt gevraagd of u vanuit uw kennis en ervaring op uw vakgebied uw mening wilt geven over kansen en waarschijnlijkheden. Het is dus de bedoeling dat u aangeeft wat u op grond van uw deskundigheid op uw vakgebied op deze vragen kunt antwoorden.

Aanbeveling 2.2.14 RMSR:
Als de expert om een inschatting wordt gevraagd en hij zich competent acht deze inschatting te maken, dan zorgt hij ervoor dat duidelijk wordt op welke wijze deze inschatting tot stand is gekomen. Hij geeft aan wat daarbij heeft meegewogen en wat van doorslaggevende betekenis is geweest.

Aanbeveling 2.2.16 RMSR:
Een eventuele causaliteitsvraag wordt uitsluitend beantwoord vanuit de medische causaliteitsgedachte, dat wil zeggen op grond van datgene wat bekend en herkenbaar is met betrekking tot het ontstaan en het beloop van de onderhavige klachten en verschijnselen. Deze vraagstelling geschiedt in overeenstemming met de gangbare inzichten dan wel richtlijnen van de desbetreffende wetenschappelijke vereniging. De expert zal nimmer klachten aan een ongeval "toerekenen" of de causaliteit ervan louter baseren op het feit dat ze pas na het ongeval debuteerden.

Klachten, afwijkingen en beperkingen voor ongeval
a. Bestonden voor het ongeval bij de onderzochte reeds klachten en afwijkingen op uw vakgebied die de onderzochte thans nog steeds heeft?
b. Zo ja, kunt u dan aangeven welke beperkingen voor het ongeval uit deze klachten en afwijkingen voortvloeiden en thans nog steeds uit deze klachten en afwijkingen voortvloeien?

Aanbeveling 2.2.17 RMSR :
Uit het rapport blijkt dat de expert de beperkingen van de onderzochte baseert op zijn eigen professionele oordeel en dat hij niet klakkeloos de door de onderzochte genoemde beperkingen heeft overgenomen.

Aanbeveling 2.2.18 RMSR:
De eventuele beperkingen van de onderzochte worden zo nauwkeurig mogelijk beschreven en slechts in semi-kwantitatieve vorm weergegeven. De expert zal zelf geen gekwantificeerde belastbaarheidsprofielen opstellen (bijvoorbeeld volgens de FIS- of FML-methodiek).

Klachten, afwijkingen en beperkingen zonder ongeval
c. Zijn er daarnaast op uw vakgebied klachten en afwijkingen die er ook zouden zijn geweest of op enig moment ook hadden kunnen ontstaan, als het ongeval de onderzochte niet was overkomen?
d. Zo ja (dus zonder ongeval ook klachten), kunt u dan een indicatie geven met welke mate van waarschijnlijkheid, op welke termijn en in welke omvang de klachten en afwijkingen dan hadden kunnen ontstaan?
e. Kunt u aangeven welke beperkingen uit deze klachten en afwijkingen zouden zijn voortgevloeid?
f. Verwacht u in de toekomst nog een belangrijke verbetering of verslechtering van de up uw vakgebied geconstateerde niet ongevalgerelateerde klachten en afwijkingen?
g. Zo ja, welke verbetering of verslechtering verwacht u?
h. Kunt u aangeven op welke termijn en in welke mate u die verbetering dan wel verslechtering verwacht?
i. Kunt u aangeven welke gevolgen deze verbetering dan wel verslechtering zal hebben voor de beperkingen (als bedoeld in vraag 2e)?

Aanbeveling 2.2.17 RMSR :
Uit het rapport blijkt dat de expert de beperkingen van de onderzochte baseert op zijn

eigen professionele oordeel en dat hij niet klakkeloos de door de onderzochte genoemde beperkingen heeft overgenomen.

Aanbeveling 2.2.18 RMSR:
De eventuele beperkingen van de onderzochte worden zo nauwkeurig mogelijk beschreven en slechts in semi-kwantitatieve vorm weergegeven. De expert zal zelf geen gekwantificeerde belastbaarheidsprofielen opstellen (bijvoorbeeld volgens de FIS- of FML-methodiek).

3. OVERIG
Aanbeveling 2.2.11 RMSR:
Indien de expert bevindingen doet waar niet naar wordt gevraagd maar die hij ter zake relevant vindt, dan vermeldt hij deze in het rapport.

a. Heeft u naar aanleiding van uw bevindingen nog opmerkingen die relevant kunnen zijn voor het verdere verloop van deze zaak?”[46]

2.3.3. Nieuwe richtlijn, nieuwe vraagstelling?

De aanbevelingen waarnaar wordt verwezen in de IWMD-vraagstelling komen uit de RMSR die dateert uit 2008. In 2016 is echter ook de RMSR vernieuwd.

Momenteel wordt, mede naar aanleiding van de herziene RMSR, op de VU gekeken of de IWMD-vraagstelling inmiddels weer aan vernieuwing toe is.

[46] ‘IWMD Vraagstelling Causaal verband bij ongeval’.

3. De IWMD-vraagstelling in de praktijk

3.1. Inleiding

Zoals blijkt uit vorig hoofdstuk, zijn er meerdere situaties denkbaar waarin het onduidelijk is welke symptomen zonder ongeval ook zouden zijn opgetreden. Dit kan liggen aan iemands persoonlijkheidsstructuur, maar ook aan de aard van het letsel of aan omgevingsfactoren.

Aan de hand van vraag 2c van de IWMD-vraagstelling (hierna: vraag 2c) worden medische deskundigen bewogen om de gezondheidssituatie van de benadeelde in de hypothetische situatie zonder ongeval vast te stellen. Aangezien ik in deze scriptie wil onderzoeken hoe kan worden bevorderd dat medische deskundigen komen tot een zo optimaal mogelijke vaststelling, zal ik in dit hoofdstuk analyseren hoe de praktijk omgaat met (vragen vergelijkbaar met) vraag 2c en tot welke problemen dat leidt.

Ik heb verschillende toonaangevende jurisprudentie, literatuur en praktijkgevallen bij Beer advocaten[47] bestudeerd. Uit dit onderzoek kan ik een aantal conclusies trekken die betrekking hebben op de vaststelling van de gezondheidssituatie van de benadeelde in de hypothetische situatie zonder ongeval. De volgende paragrafen bestaan uit bespreking van de praktijkgevallen en daarnaast analyseer ik de problemen en de eventuele oplossingen hiervoor die ik ben tegengekomen in de praktijk.

3.2. Algemene, vage of onduidelijke antwoorden aan de zijde van de medische deskundige

Om te beginnen deed de Hoge Raad in twee recente arresten uitspraak over de (beperking van de) looptijd van de schade als gevolg van een deskundigenbericht.

Het eerste arrest, *HR Vossen Laboratories*[48], gaat over een magazijnmedewerker die op 31-jarige leeftijd een jerrycan van vijf kilo op zijn hoofd en schouders kreeg vanuit een stellingkast van vier meter hoog. Acht en een halve maand later sloeg het noodlot echter opnieuw toe. Van zes meter hoogte kreeg de magazijnmedewerker een gewicht van ongeveer zeven en een halve kilo op zijn hoofd en/of bovenlichaam. Na dit tweede ongeval heeft de magazijnmedewerker geen loonvormende arbeid meer verricht. Uit het arrest blijkt niet of hij na dit ongeval reeds (even) arbeidsongeschikt werd.[49] Het “primaire” letsel na het eerste ongeval bestond uit pijn in de gehele wervelkolom, duizeligheid, nekpijn, rugpijn, hoofdpijn en misselijkheid. Na het tweede ongeval was de magazijnmedewerker even buiten bewustzijn, waarna hij direct na het ongeval moest overgeven. Voorts kreeg hij last van erge nek- en rugpijn en cognitieve problemen. Deze bestonden uit een concentratiestoornis, traagheid van informatieverwerking en geheugenproblemen. Al deze symptomen stonden volgens het hof in causaal verband met de ongevallen.[50] De ongevallen bleken echter ook een psychische predispositie bij benadeelde te hebben geluxeerd.[51] Er werd namelijk een

[47] Beer advocaten is een toonaangevend advocatenkantoor in Amsterdam op het gebied van aansprakelijkheids- en verzekeringsrecht, letselschade en schade door overlijden. Het kantoor is opgericht door mr. John Beer en er werken 19 advocaten. Beer advocaten staat slachtoffers bij van onder andere verkeersongevallen, medische fouten en beroepsziekten. Voor meer informatie, zie www.beeradvocaten.nl.
[48] HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, *NJ* 2016/138 (*Vossen Laboratories*).
[49] van Dijk & Overes, *TLP* 2016/138, p. 2.
[50] HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, r.o. 30.3, *JAR* 2015/315, m.nt. B. Barentsen (*Vossen Laboratories*); Schultz *AV&S* 2016/11, p. 68.
[51] HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, *JA* 2016/14, m.nt. A.I. Schreuder (*Vossen Laboratories*), p. 2.

somatoforme stoornis bij benadeelde gediagnosticeerd. Een somatoforme stoornis is een psychische aandoening, waarbij een persoon lichamelijke klachten heeft die geen fysieke oorzaak hebben of waarbij een persoon lichamelijk of psychisch ernstiger reageert op fysiek letsel dan verwacht zou mogen worden. Deze reactie wordt niet opzettelijk veroorzaakt en er is ook geen andere verklaring voor.[52] Door toedoen van deze stoornis vertoonde de magazijnmedewerker een zware psychische reactie op relatief licht lichamelijk letsel. De discussie in deze zaak was of deze predispositie ook in de hypothetische situatie zonder ongevallen op enig moment tot arbeidsongeschiktheid zou hebben geleid.[53] Om hierachter te komen, werd onder andere aan een neuropsycholoog en een verzekeringsarts gevraagd hoe groot zij de kans achtten dat benadeelde ook klachten of verschijnselen zou hebben ontwikkeld als de ongevallen niet hadden plaatsgevonden en of die verschijnselen dan ook invloed zouden hebben gehad op de arbeids(on)geschiktheid. Volgens beide artsen was "niet uit te sluiten dat [eiser] bij andersoortig letsel of in andere stressvolle omstandigheden ook soortgelijke psychische klachten en/of verschijnselen zou hebben gekregen."[54] De neuropsycholoog gaf daarbij niet aan hoe groot zij die kans achtte en de verzekeringsarts gaf onderbouwd aan dat de grootte van die kans niet viel aan te geven. Het hof was voorts "van oordeel dat het gelet op de omstandigheid dat [eiser] in het onderhavige geval op relatief gering letsel met een ernstige psychische reactie heeft gereageerd het aannemelijk is dat hij op enig ander moment in zijn leven op een al dan niet ernstig life-event op eenzelfde wijze zou hebben gereageerd. Op grond van een redelijke verwachting omtrent toekomstige ontwikkelingen, hetgeen inhoudt dat een inschatting dient te worden gemaakt wanneer een dergelijk life-event met eenzelfde psychische reactie zich bij [eiser] zou hebben voorgedaan, gaat het hof ervan uit dat dit zich in ieder geval omstreeks 55-jarige leeftijd bij [eiser] zou hebben voorgedaan. Dit leidt ertoe dat in dat geval [eiser] vanaf 55-jarige leeftijd niet meer in staat zou zijn geweest loonvormende arbeid te verrichten."[55] Hierom beperkte het hof de looptijd van de schade tot 55-jarige leeftijd. De Hoge Raad was het hier echter niet mee eens en vond dit oordeel ontoereikend gemotiveerd. Hierbij overwoog de Hoge Raad onder meer dat "de omstandigheid dat volgens de door het hof geraadpleegde deskundigen ook bij andersoortig letsel of andere stressvolle omstandigheden een dergelijke reactie 'niet is uit te sluiten'"[56] daartoe niet volstond. De medische deskundigenrapporten in deze zaak waren dus te vaag en te algemeen.

Het tweede arrest gaat over een man die op 30-jarige leeftijd slachtoffer werd van een verkeersongeval.[57] Direct hierna ondervond hij nek- en hoofdpijnklachten. De neuroloog vond geen duidelijke afwijkingen, behalve wat moeilijke nekbewegingen. Hierna kreeg benadeelde last van zeer hevige pijnen in nek en achterhoofd, concentratiestoornissen, visusstoornissen, evenwichtsstoornissen en een reactieve depressie. Er volgde een lang traject van een verslechtering van de psychische situatie, (gedwongen) opnames in psychiatrische klinieken en psychoses. Sinds het ongeval had benadeelde geen betaald werk meer verricht. De discussie was welke schade, en dan in het bijzonder het verlies aan verdienvermogen, in causaal verband stond met het ongeval. Na vier jaar oordeelde de eerste psychiater in het kader van een deskundigenonderzoek op verzoek van beide partijen dat sprake was van schizofrenie en dat het ongeval wellicht een luxerende factor was geweest bij het ontstaan van de eerste psychotische ontsporing. Wel zag hij "onvoldoende argumenten om een verband tussen het huidige toestandsbeeld en het ongeval c.q. de psychotraumatische

[52] Van Rood, Ter Kuile & Speckens 2001.
[53] HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, r.o. 3.2.3, *NJ* 2016/138 (*Vossen Laboratories*).
[54] HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, r.o. 3.2.3, *NJ* 2016/138 (*Vossen Laboratories*).
[55] HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, r.o. 3.2.3, *NJ* 2016/138 (*Vossen Laboratories*).
[56] HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, r.o. 3.3.2, *NJ* 2016/138 (*Vossen Laboratories*).
[57] HR 9 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:311, *RvdW* 2018/342 (*X./Achmea*); Concl. A-G B.J. Drijber, ECLI:NL:PHR:2018:44, bij HR 9 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:311, *RvdW* 2018/342 (*X./Achmea*).

impact van het ongeval nog aannemelijk te kunnen maken".[58] Benadeelde kon zich hierin niet vinden en verzocht een andere psychiater een contra-expertise te verrichten. Deze vond drie en een half jaar later plaats en hierin sloot de psychiater zich aan bij de gestelde diagnose schizofrenie. Daar voegde hij onder andere aan toe, ter beantwoording van een aan hem voorgelegde vraag: "Als het ongeval betrokkene niet was overkomen zouden de daarna ontstane klachten en/of verschijnselen waarschijnlijk ook toch op enig moment zijn ontstaan. Op welke termijn dat zou zijn gebeurd is niet exact aan te geven, maar verwacht mag worden dat [dat] voor zijn 40e jaar zou zijn gebeurd".[59] Het hof oordeelde mede op basis daarvan dat de looptijd van de schadevergoedingsverplichting moest worden beperkt tot vijf jaar na het ongeval vanwege de psychische predispositie van benadeelde. De Hoge Raad ging hierin mee, in tegenstelling tot wat er in *HR Vossen Laboratories* werd geoordeeld.[60] Het verschil tussen deze arresten is echter dat in de onderhavige zaak wél door een medische deskundige een oordeel werd geveld over de datum waarop de psychische stoornis zich in de hypothetische situatie zonder ongeval zou hebben geopenbaard. Deze datum werd ook in een later onderzoek door een andere psychiater niet betwist. Dit in tegenstelling tot *HR Vossen Laboratories*, waar de leeftijd van 55 jaar nogal uit de lucht was komen vallen.[61]

Uit deze twee arresten blijkt dat het per situatie verschilt in hoeverre een medische deskundige een voorspelling kan doen omtrent de hypothetische situatie zonder ongeval, maar dat een rechter in beginsel geen conclusies kan verbinden aan een te vaag, algemeen of ontwijkend antwoord aan de zijde van een medische deskundige, wat aan de orde was in *HR Vossen Laboratories*.

De motivering van een oordeel van de rechter is in beginsel ontoereikend als deze niet is te herleiden tot een antwoord van een medische deskundige.[62] Een rechter mag echter, als een medische deskundige geen antwoord kan of wil geven op een vraag, zelfstandig de omvang van de schade bepalen, als hij dit maar motiveert op basis van feiten uit het dossier.[63] Dit ligt ook besloten in het door de rechter te volgen criterium omtrent redelijke verwachtingen over toekomstige ontwikkelingen.[64] De rechter mag nochtans niet te lichtzinnig overgaan tot het beperken van de omvang of de looptijd van de schadevergoeding, zoals in *HR Vossen Laboratories* het geval was.[65] Als de rechter in het laatstgenoemde arrest echter zorgvuldiger om was gegaan met het oordeel van de medische deskundige, had de looptijd van de schade misschien wel beperkt kunnen worden. Dit was wellicht redelijker geweest voor de schadeplichtige partij. Hier wordt nader op ingegaan in de volgende paragraaf.

---

[58] Concl. A-G B.J. Drijber, ECLI:NL:PHR:2018:44, r.o. 13, bij HR 9 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:311, *RvdW* 2018/342 (*X./Achmea*).
[59] Concl. A-G B.J. Drijber, ECLI:NL:PHR:2018:44, r.o. 16, bij HR 9 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:311, *RvdW* 2018/342 (*X./Achmea*).
[60] HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, *NJ* 2016/138 (*Vossen Laboratories*).
[61] Concl. A-G B.J. Drijber, ECLI:NL:PHR:2018:44, r.o. 42 en 66, bij HR 9 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:311, *RvdW* 2018/342 (*X./Achmea*).
[62] Concl. A-G B.J. Drijber, ECLI:NL:PHR:2018:44, r.o. 44, bij HR 9 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:311, *RvdW* 2018/342 (*X./Achmea*).
[63] van Dijk & Overes, *TLP* 2016/138, p. 4.
[64] HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, *NJ* 2016/138, m.nt. S.D. Lindenbergh, onder 4.
[65] Concl. A-G B.J. Drijber, ECLI:NL:PHR:2018:44, r.o. 42, bij HR 9 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:311, *RvdW* 2018/342 (*X./Achmea*).

3.3. Aanvullende vragen

3.3.1. Introductie: aanvullende vragen

Als het antwoord van een medische deskundige te vaag, algemeen of ontwijkend is, zoals bij *HR Vossen Laboratories* het geval was[66], kan het verhelderend zijn om een aanvullende vraag te stellen. Een voorbeeld hiervan deed zich voor in *HR X./Academisch Ziekenhuis Maastricht*.[67] In dit arrest ging het om medische aansprakelijkheid ten gevolge van een delay bij een operatie. Aan een medische deskundige werd gevraagd of er een realistische kans was geweest op een beter behandelingsresultaat als de benadeelde meteen was geopereerd. De medische deskundige had hierop geantwoord dat het niet mogelijk was om de grootte van die kans aan te geven. Het hof verbond hieraan de conclusie dat er onvoldoende aanwijzingen waren dat het delay de kans op een beter behandelingsresultaat had verminderd. De Hoge Raad was het hier echter niet mee eens en oordeelde dat "uit het feit dat een deskundige een kans niet in een percentage kan uitdrukken omdat naar de grootte van die kans geen onderzoek is gedaan, [immers niet volgt] dat die kans niet in een rechtens relevante omvang bestaat".[68] De Hoge Raad vond dan ook dat het hof zijn oordeel onvoldoende had gemotiveerd. Volgens de Hoge Raad had het hof "nu de deskundige geen kanspercentage kon noemen maar zijn antwoorden niet uitsluiten dat van het verlies van een reële kans sprake kan zijn geweest – nader moeten onderzoeken of door het delay een reële kans op een betere uitkomst verloren is gegaan"[69] en "bij bevestigende beantwoording van die vraag […] vervolgens tot een zo goed mogelijke schatting van deze kans moeten komen".[70] De Hoge Raad suggereerde hierbij dat het hof deze aanvullende vragen bijvoorbeeld ter zitting had kunnen stellen aan de deskundige.[71]

In *HR Vossen Laboratories* was het wellicht ook een optie geweest om aanvullende vragen te stellen. De rechter had de medische deskundigen bijvoorbeeld nader kunnen bevragen over wat ze bedoelden met "[is niet] uit te sluiten" en of de deskundigen zich in redelijkheid hadden kunnen vinden in het oordeel van het hof omtrent de leeftijd van 55 jaar.

Tevens hadden aanvullende vragen in het arrest *Molenaarszoon* verheldering kunnen bieden. Aan de medische deskundige had bijvoorbeeld gevraagd kunnen worden in hoeverre de persoonlijkheidsstructuur van de molenaarszoon in de hypothetische situatie zonder ongeval van invloed zou zijn geweest op de mogelijkheid om een zelfde soort carrière als die van zijn studiegenoten te realiseren.

3.3.2. Aanvullende vragen in de lagere rechtspraak en bij Beer advocaten

Ook in uitspraken van lagere rechters en in praktijkgevallen bij Beer advocaten is er met behulp van aanvullende vragen verheldering gezocht op vage, algemene of ontwijkende antwoorden van een medische deskundige. Dit zorgde voor een optimalere vaststelling van de gezondheidssituatie van de benadeelde in de hypothetische situatie zonder ongeval, waardoor het causale verband tussen bepaalde symptomen en de onrechtmatige daad duidelijker werd. Dit leidt tot een meer toereikende vaststelling van de schade. Daarnaast is

[66] HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, *NJ* 2016/138 (*Vossen Laboratories*).
[67] HR 27 oktober 2017, ECLI:NL:HR:2017:2786, *NJ* 2017/422 (*X./Academisch Ziekenhuis Maastricht*).
[68] HR 27 oktober 2017, ECLI:NL:HR:2017:2786, *NJ* 2017/422, r.o. 3.4.2 (*X./Academisch Ziekenhuis Maastricht*).
[69] HR 27 oktober 2017, ECLI:NL:HR:2017:2786, *NJ* 2017/422, r.o. 3.4.2 (*X./Academisch Ziekenhuis Maastricht*).
[70] HR 27 oktober 2017, ECLI:NL:HR:2017:2786, *NJ* 2017/422, r.o. 3.4.2 (*X./Academisch Ziekenhuis Maastricht*).
[71] Ter info: de vraagstelling in deze zaak was niet de IWMD-vraagstelling.

uit de rechtspraktijk gebleken dat het leerstuk van de proportionele aansprakelijkheid kan worden toegepast als sprake is van meerdere alternatieve oorzaken van een symptoom.[72]

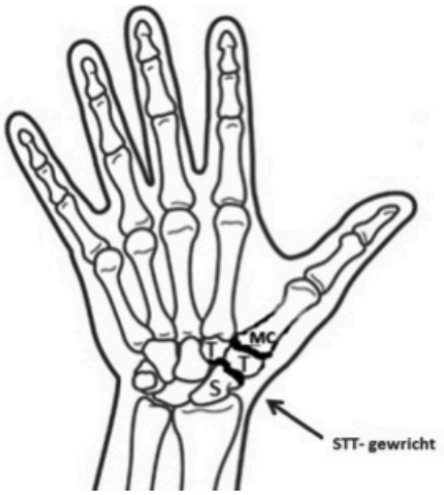
Een eerste voorbeeld is een uitspraak van de Rechtbank Gelderland.[73] Na een aanrijding kreeg benadeelde gedurende lange tijd last van pijn in de nek en in de rug. Onduidelijk was echter welke schade precies in causaal verband stond met de aanrijding. Hiertoe werd een medische deskundige geraadpleegd. Op vraag 2c antwoordde deze dat de lage rugklachten van benadeelde reeds aanwezig waren voor het ongeval. "Dat, en zo ja in hoeverre, deze preëxistentiële klachten en beperkingen van invloed waren op en gevolgen hadden voor de begroting van de gestelde schadeposten"[74], volgde volgens de rechtbank niet uit het rapport. Hieruit concludeerde de rechtbank dat er nog de nodige onduidelijkheden en/of onzekerheden bestonden en dat nog nadere bewijslevering en/of aanvullend(e) deskundigenonderzoek(en) nodig zou/zouden zijn. De zaak werd verwezen naar de rol voor conclusie van antwoord.
Uit deze uitspraak blijkt dat de medische deskundige een onbevredigend antwoord heeft gegeven op vraag 2c. De rechtbank concludeerde op basis hiervan dat er aanvullende vragen moesten worden gesteld. De medische deskundige geeft in deze zaak slechts aan dat er al lage rugklachten aanwezig waren, maar aanvullend zou bijvoorbeeld kunnen worden gevraagd hoeveel invloed het ongeval op deze bestaande rugklachten heeft gehad.

Een tweede voorbeeld is een uitspraak is van het Gerechtshof 's-Hertogenbosch.[75] Hier was sprake van een medische fout in het ziekenhuis. Door onvoldoende bewaking van de foetus tijdens de bevalling overleed de foetus. Het ziekenhuis erkende hiervoor aansprakelijkheid. Vervolgens ontwikkelde de moeder een posttraumatische stressstoornis (hierna: PTSS), maar ontstond er discussie of dit in causaal verband stond met de medische fout. Het ziekenhuis was namelijk van mening dat deze (deels) was ontstaan door verdriet om het verlies van haar kind. Een medische deskundige werd ingeschakeld, welke op de vraag of het geestelijk letsel ook zou zijn ontstaan als het kind tijdens of kort na de bevalling was overleden zonder dat een medische fout zou zijn gemaakt, antwoordde dat dit niet was aan te geven. Het ziekenhuis zag hierin een gedeeltelijke bevestiging van zijn standpunt. Het hof gaf echter aan dat het niet zonder meer helder was welke conclusie hieraan moest worden verbonden. Daarom achtte het hof het wenselijk dat de deskundige op dit punt een nadere toelichting zou verstrekken. Van belang vond het hof hierbij dat de oorzaak van de PTSS zou komen vast te staan. Wel was het hof zich ervan bewust dat de medische deskundige hier vanuit zijn expertise wellicht geen eenduidig antwoord op zou kunnen geven. Als dat het geval zou zijn, vond het hof het wel van belang dat dat duidelijk vast zou komen staan, voordat hier juridische consequenties aan verbonden konden worden. Het hof dacht hierbij bijvoorbeeld aan het leerstuk van de proportionele aansprakelijkheid. Om deze redenen gelastte het hof een meervoudige comparitie, waarvoor de deskundige door het hof zou worden uitgenodigd om verduidelijking te geven.

Ook in de praktijk van Beer advocaten kwam het belang van het stellen van aanvullende vragen naar voren. Het eerste voorbeeld is casus "Ganglion" en gaat over mevrouw A.[76] Zij

[72] Het leerstuk van de proportionele aansprakelijkheid vindt zijn oorsprong in HR 31 maart 2006, ECLI:NL:HR:2006:AU6092, *NJ* 2011/250 (*Nefalit/Karamus*). Proportionele aansprakelijkheid wordt toegepast in gevallen waarbij niet duidelijk is of de schade is veroorzaakt door de normschending of door een oorzaak die voor risico van de benadeelde komt. De kans dat de schade is veroorzaakt door de normschending wordt omgezet in een percentage en de aangesprokene is aansprakelijk voor dit percentage van de schade.
[73] Rb. Gelderland 11 oktober 2017, ECLI:NL:RBGEL:2017:6741, *JA* 2017/80.
[74] Rb. Gelderland 11 oktober 2017, ECLI:NL:RBGEL:2017:6741, r.o. 4.5, *JA* 2017/80.
[75] Hof 's-Hertogenbosch 26 augustus 2014, ECLI:NL:GHSHE:2014:2964.
[76] In het kader van privacy zijn namen en andere herkenbare gegevens van casussen van Beer advocaten geanonimiseerd.

was betrokken bij een auto-ongeval, waarbij ze met een snelheid van 50 kilometer per uur vrijwel frontaal botste op een auto die van tegemoetkomende richting kwam en plotseling linksaf sloeg. Naast pijn op de borst kreeg zij last van haar rechterduim, waardoor ze die niet goed meer kon gebruiken. Na een aantal onderzoeken werd er geen fractuur aangetoond. De klachten aan haar rechterduim bleven echter bestaan, dus zocht mevrouw A. twee jaar na het ongeval opnieuw hulp. Een lang traject van oefentherapieën, injecties en spalken volgde. Bijna vijf jaar na het ongeval kreeg mevrouw A. een zilveren duimbrace. Hoewel ze nog altijd pijn aan haar rechterduim ervaart, zorgt de brace ervoor dat dit niet toeneemt. Verder zijn de kracht en de motoriek in de rechterhand verminderd. Mevrouw A. ervaart beperkingen bij zwaardere schoonmaakactiviteiten en sport. Vóór het ongeval was zij werkzaam in de bediening, maar na het ongeval heeft ze hiermee moeten stoppen omdat ze geen zware dienbladen en dergelijke meer kon tillen. Nu werkt ze als receptioniste, wat goed gaat.
Uit twee röntgenonderzoeken, gedaan voordat de duimbrace werd aangemeten, bleek dat er een groeiend ganglion zichtbaar was in het STT-gewricht. Een ganglion is een uitstulping van de peesschede of van het kapsel van het gewricht, wat zich uit in een bobbeltje. Het STT-gewricht ligt tussen drie handwortelbeentjes onder aan de duim.[77] In figuur 5.1 wordt de precieze plaats van dit gewricht aangeduid.



Figuur 5.1. Precieze aanduiding van het STT-gewricht (Bron: Patiënteninformatie Maasstadziekenhuis)

Een hand- en plastisch chirurg werd ingeschakeld als medische deskundige, om aan de hand van de IWMD-vraagstelling de situatie met ongeval en de hypothetische situatie zonder ongeval uiteen te zetten. Onduidelijk bij de symptomen van mevrouw A. was namelijk welke symptomen precies in causaal verband stonden met het auto-ongeval en welke niet. Als antwoord op vraag 1g van de IWMD-vraagstelling, welke informeert naar de beperkingen van de benadeelde in de situatie met ongeval, diagnosticeerde de medische deskundige in eerste instantie iets in het MCP-gewricht, een gewricht hoger in het duimbot. Verder werd dus een ganglion in het STT-gewricht gediagnosticeerd. Deze was volgens de deskundige geen verklaring voor de pijnklachten in het MCP-gewricht.
Op vraag 2c van de IWMD-vraagstelling antwoordde de medische deskundige als volgt:

[77] *'Maasstad Ziekenhuis. Patiënteninformatie. Duimbasis en/of polsbotslijtage (CMC1 en of STT artrose). Plastische chirurgie', www.maasstadziekenhuis.nl/media/2934/2833-duimbasis-enof-polsbotslijtage-cmc1-en-of-stt-artrose-plastische.pdf*, laatstelijk geraadpleegd op 19 juni 2018.

"*Er is geen duidelijke relatie tussen het ongeval en het ganglion. Deze kan los van het ongeval ontstaan*".

Op basis hiervan is dus niets te zeggen over het causaal verband tussen het ongeval en het ganglion. Dit betekent namelijk dat het ganglion in de hypothetische situatie zonder ongeval ook had kunnen ontstaan, waardoor de schade als gevolg van dit ganglion niet kan worden toegerekend aan het ongeval.
Een aanvullende vraag werd gesteld door de advocaat van mevrouw A. Deze luidde als volgt:

"*In vraag 2c wordt aan u gevraagd of er ook klachten en afwijkingen zouden zijn geweest als het ongeval onderzochte niet was overkomen. In uw antwoord op die vraag geeft u aan dat het ganglion los van het ongeval kan ontstaan. Dat antwoord roept bij ons de vraag op of u daarmee uitsluit dat het ganglion – direct dan wel indirect – is ontstaan door het ongeval. Zou het bijvoorbeeld denkbaar zijn dat het ganglion is ontstaan doordat bij het ongeval een verzwakking is ontstaan van het gewrichtskapsel en zo ja, hoe waarschijnlijk is dat in uw ogen?*"

De medische deskundige antwoordde op deze vraagt als volgt:

"*Hierover is in het geval van betrokkene geen zekerheid te geven. Het ganglion moet worden gezien als een toevalsbevinding bij een MRI-onderzoek. Betrokkene heeft geen klachten aangegeven in de regio waar het ganglion zich bevindt. Ik sluit niet uit dat het ganglion door een trauma kan ontstaan, maar deze kan net zo goed ontstaan door het werk in de bediening wat betrokkene ten tijde van het ongeval deed. Beide scenario's zijn even waarschijnlijk.*"

Waar de medische deskundige in eerste instantie dus geen uitspraak deed over de hypothetische situatie zonder ongeval, gaf de medische deskundige na het stellen van de aanvullende vraag aan dat de kans dat het ganglion in de hypothetische situatie zonder ongeval ook was ontstaan 50% was. Dit lijkt een kwestie van preciezere formulering te zijn aan de zijde van de medische deskundige. Dit betekent dat de kans 50% is dat het ganglion wel door het ongeval is ontstaan. Daarmee kan worden betoogd dat 50% van de schade die voortvloeit uit het ganglion kan worden toegerekend aan de aansprakelijke partij, in plaats van 0% van deze schade, wat in eerste instantie de uitkomst leek. Hier blijkt dus wederom dat een medische deskundige, in tegenstelling tot wat in eerste instantie uit een deskundigenrapport volgt, in bepaalde gevallen wél in staat is tot het geven van een kanspercentage, waardoor de schadebegroting uiteindelijk redelijker wordt benaderd. De formulering van de aanvullende vraag is hierbij belangrijk. In de aanvullende vraag in de onderhavige casus wordt eerst benoemd dat het lijkt alsof de medische deskundige uitsluit dat het ganglion is ontstaan door het ongeval. Daarna wordt specifieker gevraagd naar de oorzaak van het ganglion. Dit zorgt ervoor dat de medische deskundige hier nogmaals zorgvuldig een blik op werpt en zijn antwoord duidelijker formuleert. Ook is hier het leerstuk van de proportionele aansprakelijkheid aan de orde.

Een tweede voorbeeld is casus "Ambulancemedewerkster". Mevrouw B. was sinds haar achtste jaar al bekend met chronische aspecifieke laag lumbaal gelokaliseerde rugklachten. Dit is rugpijn in het gebied tussen de onderste ribben en de billen, waar geen specifieke lichamelijke oorzaak voor aan te wijzen is. [78] Mevrouw B. was werkzaam als ambulancemedewerkster en kreeg op een gegeven ogenblik een ongeluk terwijl zij op een stoel zat achter in een ambulance die op weg was naar een reanimatie. De ambulance reed met gepaste snelheid over een verkeersdrempel, maar toch klapte de rugleuning van de stoel van mevrouw B. naar achteren. Gevolg was dat de pijn in haar rug toenam. Aangezien

[78] *'NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn', nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-aspecifieke-lagerugpijn,* laatstelijk geraadpleegd op 19 juni 2018.

mevrouw B. al jaren last had van rugpijn, was het lastig om het causale verband te beoordelen tussen de symptomen en het ongeval. Een medische deskundige werd ingeschakeld en die diagnosticeerde een annular tear in de lage rug, een scheurtje in de buitenste ring van de tussenwervelschijf. Op vraag 2c antwoordde hij het volgende:

"*Het is niet geheel uitgesloten dat de klachten zoals deze door betrokkene worden aangegeven in aansluiting op het ongeval […] ook zouden kunnen zijn ontstaan zonder het onderhavige ongeval. Een annular tear en het ontstaan hiervan is niet altijd gerelateerd aan een trauma*".

Dit is een antwoord waar juristen niet mee uit de voeten kunnen en dat vergelijkbaar is met het antwoord van de medische deskundige in *HR Vossen Laboratories*.[79] Hieruit bleek dat uit de zinsnede "*niet geheel uitgesloten*" geen conclusies omtrent causaliteit getrokken kunnen worden.
Als reactie hierop werden door de advocate van mevrouw B. aanvullende vragen gesteld. De eerste vraag luidde als volgt:

"*[In] uw rapportage concludeert u het volgende:*
*'*Geconcludeerd kan worden dat naar aanleiding van het onderhavige ongeval […] de diagnose kan worden gesteld op een posttraumatische annular tear L4-L5 […].*'*
Vervolgens beantwoordt u de vraag 1f als volgt:
*'*De diagnose kan worden gesteld op een traumatische annular tear […] L4-L5, […].*'*
Mag hieruit worden geconcludeerd dat de annular tear […] een gevolg is van het ongeval […]?"

Het antwoord van de medische deskundige was dat de annular tear moest worden beschouwd als een gevolg van het ongeval. De medische deskundige wordt hierbij verleid om een oordeel te vellen omtrent causaliteit, wat de IWMD-vraagstelling juist probeert te vermijden.[80] In dit geval lijkt dit acceptabel, omdat de deskundige vanuit zijn expertise oordeelt dat de annular tear is veroorzaakt door het ongeval. Feit is dat een annular tear niet altijd in relatie staat tot een trauma, maar in het geval van mevrouw B. schijnbaar wel. Dit is aan het licht gekomen door de aanvullende vraag. De schade als gevolg van de annular tear moet dus in dit geval wel worden toegerekend aan de schadeplichtige partij.
De medisch adviseur van de verzekeraar stelde in deze casus ook een aanvullende vraag. Hij wilde weten in hoeverre de mate van blijvende invaliditeit in de hypothetische situatie zonder ongeval hetzelfde zou zijn als de mate van blijvende invaliditeit in de situatie met ongeval. Dat zou namelijk van invloed kunnen zijn op de schadebegroting; als de mate van blijvende invaliditeit hetzelfde zou zijn in beide situaties, zou er geen schade zijn. Hierop gaf de medische deskundige echter aan te weinig aanknopingspunten te hebben over de hypothetische situatie zonder ongeval om de vraag te beantwoorden.
Uit deze casus blijkt nogmaals dat het stellen van een aanvullende vraag zinvol kan zijn met betrekking tot de beoordeling van het causale verband. Waar in eerste instantie geen sprake leek te zijn van causaal verband, bleek dat er na het stellen van de aanvullende vraag toch te zijn. Op grond hiervan zou mevrouw B. de schade die ze lijdt ten gevolge van de annular tear wel vergoed kunnen krijgen.

3.3.3. Geen aanvullende vragen gesteld

Tevens ben ik een uitspraak van de Rechtbank Amsterdam tegengekomen waarin geen aanvullende vragen werden gesteld, maar waar dit mijns inziens wel voor verheldering had kunnen zorgen.[81] Een mevrouw werd in haar linkerhand gebeten door een hond en had sindsdien last van pijn ter hoogte van de linkerduim, krachtsvermindering en een beperking

[79] HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, *NJ* 2016/138 (*Vossen Laboratories*).
[80] Zie hoofdstuk 3, paragraaf 3.3, over aanbeveling 2.2.16 van de RMSR.
[81] Rb. Amsterdam 9 maart 2017, ECLI:NL:RBAMS:2017:1538, *JA* 2017/80.

van de fijne motoriek. Bij klinisch onderzoek was onder andere sprake van een tendovaginitis stenosans ter hoogte van de linkerduim. Een tendovaginitis stenosans is een ontsteking van de peesschede die gepaard gaat met een vernauwing. Hierdoor treden pijnklachten op en is sprake van een verminderde mobiliteit.[82] Partijen traden in discussie over het causaal verband tussen de hondenbeet en de symptomen aan de linkerhand van de vrouw, waarop een medische deskundige werd ingeschakeld. Die antwoordde op vraag 2c dat de tendovaginitis stenosans ook had kunnen ontstaan als het ongeval mevrouw niet was overkomen. De tendovaginitis stenosans werd dus niet direct gerelateerd aan het ongeval. De rechtbank was vervolgens van oordeel dat het deskundigenrapport niet dermate stellig was dat het tot bewijs kon dienen dat de symptomen van benadeelde in causaal verband stonden met de hondenbeet. Volgens de rechtbank had de tendovaginitis stenosans ook goed mogelijk door een andere oorzaak kunnen ontstaan. Benadeelde kreeg haar schade dus niet vergoed.

Waren er wel aanvullende vragen gesteld, had benadeelde haar schade wellicht wel (deels) vergoed gekregen. Bijvoorbeeld in het geval waarin de medische deskundige had kunnen aangeven hoe groot de kans was dat de tendovaginitis stenosans door het ongeval was ontstaan. Dit illustreert het belang van het stellen van aanvullende vragen.

3.3.4. Aanvullende vragen: een conclusie

Als een medische deskundige ontoereikende, algemene of ontwijkende antwoorden geeft op (vragen vergelijkbaar met) vraag 2c, is het belangrijk dat er aanvullende vragen worden gesteld voordat de rechter een oordeel velt. Hierbij moet goed worden nagedacht over de manier waarop deze aanvullende vragen moeten worden geformuleerd. Uit bovenstaande praktijkgevallen blijkt dat er vaak verduidelijking ontstaat omtrent de hypothetische situatie zonder ongeval, nadat een medische deskundige antwoord heeft gegeven op een aanvullende vraag. Deze vragen zijn veelal gericht op het achterhalen van de mate van invloed van een ongeval op een bepaald symptoom of de mate waarin preëxistente factoren eventueel tot uiting zouden zijn gekomen in de hypothetische situatie zonder ongeval. Als een specifiekere voorspelling kan worden gedaan omtrent de hypothetische situatie zonder ongeval, kan bijvoorbeeld de looptijd van de schade worden beperkt. Dit was in *HR X./Academisch Ziekenhuis Maastricht* aan de orde.[83] Bij *HR Vossen Laboratories* kon de looptijd van de schade niet worden beperkt omwille van slechte motivering, terwijl dat in deze situatie misschien wel redelijker zou zijn geweest voor de schadeplichtige partij.[84]

Voor zowel slachtoffers als verzekeraars kan het dus tot een rechtvaardigere uitkomst leiden als een deskundige een specifieker antwoord geeft. Aan de zijde van beide partijen is het daarom cruciaal om goed na te denken of er in een bepaald geval een aanvullende vraag kan of moet worden gesteld en welke dat zou moeten zijn om tot het meest rechtvaardige resultaat te komen. Zo kan bijvoorbeeld worden gestreefd naar het noemen van een kanspercentage aan de zijde van de medische deskundige, zodat er eventueel kan worden gewerkt met het leerstuk van de proportionele aansprakelijkheid. Dan kan iemand in ieder geval een deel van de schade vergoed krijgen naar redelijkheid.

Het stellen van aanvullende vragen aan medische deskundigen is een belangrijke taak aan de zijde van advocaten, maar ook aan de zijde van rechters. In bovenstaande zaken valt op dat de ene rechterlijke instantie wel nadere toelichtingen op deskundigenberichten vraagt, en de andere rechterlijke instantie zijn oordeel baseert op deskundigenrapporten die er op dat

[82] Van Nugteren 2010; Friderichs 2010.
[83] HR 27 oktober 2017, ECLI:NL:HR:2017:2786, *NJ* 2017/422 (*X./Academisch Ziekenhuis Maastricht*).
[84] HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, *NJ* 2016/138 (*Vossen Laboratories*).

moment liggen. Aangezien het stellen van aanvullende vragen in veel zaken kan zorgen voor verduidelijking, moet hier meer aandacht aan worden geschonken en tijd voor worden genomen.

3.4. Het belang van de IWMD-vraagstelling

3.4.1. Introductie

Bij het bestuderen van de praktijkgevallen bij Beer advocaten viel mij voorts het belang van de IWMD-vraagstelling op. De IWMD-vraagstelling is speciaal ontwikkeld om te gebruiken bij een onduidelijk causaal verband, maar wordt naar mijn wetenschap niet altijd gebruikt. Uit de praktijkvoorbeelden blijkt echter dat als aan medische deskundigen andere vragen worden gesteld dan de vragen van de IWMD-vraagstelling, het causale verband vaak onduidelijk blijft. Daarnaast kunnen medische deskundigen dan worden bewogen om zelfstandig een uitspraak te doen omtrent causaal verband. Zoals blijkt uit hoofdstuk 2, is het juist de bedoeling van de IWMD-vraagstelling om dit te vermijden. De bedoeling van de IWMD-vraagstelling is dat een medische deskundige de situatie met ongeval en de hypothetische situatie zonder ongeval schetst voor een jurist, zodat die aan de hand hiervan het causale verband kan beoordelen. Een voorbeeld kan worden genomen aan casus “Ganglion”. Zoals ook hier aan de orde was, kunnen er, bij een vaag, algemeen of ontwijkend antwoord van de medische deskundige, altijd nog aanvullende vragen worden gesteld om de situaties te verhelderen.

In deze paragraaf zal ik twee casussen beschrijven waaruit het belang van de IWMD-vraagstelling naar voren komt. Ook het belang van het stellen van aanvullende vragen komt wederom naar voren.

3.4.2. Casus “Cognitieve functiestoornissen”

Mevrouw C., een lerares, werd aangereden op de fiets. Het directe gevolg hiervan was een schedelbreuk. Momenteel lijdt zij nog aan regelmatige hoofd- en nekpijn, gespannenheid, vermoeidheid, somberheid, slaapproblemen, reuk- en smaakstoornissen en diabetes. Het meest last heeft mevrouw C. van cognitieve functiestoornissen. Dit uit zich voornamelijk in problemen met de prikkelverwerking, concentratie en planningsvaardigheden. Ook is mevrouw C. veel wijdlopiger geworden in haar verhalen, heeft zij moeite om te focussen en kost het voorbereiden van haar lessen haar veel meer moeite dan voorheen.

Een neuropsycholoog werd ingeschakeld als medische deskundige. Hier werd geen gebruik gemaakt van de IWMD-vraagstelling, maar werden wel vergelijkbare vragen gesteld om het causale verband tussen de cognitieve functiestoornissen en het ongeval te achterhalen.

De eerste relevante vraag aan de medische deskundige luidde als volgt:

“*Is het aannemelijk dat de aangetoonde stoornissen veroorzaakt worden door een hersenbeschadiging als gevolg van een bepaalde (nader te omschrijven) gebeurtenis of aandoening?*”

Hierop antwoordde de medische deskundige dat het zeer aannemelijk was dat de cognitieve functiestoornissen waren ontstaan na het ongeval.

De tweede relevante vraag aan de medische deskundige was:

“*Zijn er wellicht andere oorzaken dan die bepaalde gebeurtenis of aandoening (al dan niet ermee samenhangend), die de verklaring kunnen vormen voor de aangetoonde stoornissen?*”

Het antwoord hierop was dat persoonlijkheidstrekken en stress een rol speelden, maar niet voldoende de cognitieve beperkingen verklaarden.

Aan de hand van deze antwoorden is het lastig om het causale verband te beoordelen tussen de cognitieve functiestoornissen en het ongeval. Hoewel de eerste vraag algemeen van aard was, suggereerde de medische deskundige toch dat er sprake was van een causaal verband tussen de cognitieve functiestoornissen en het ongeval. Omdat dit causale verband echter niet onbetwistbaar volgde uit dit antwoord, stelde de advocate van mevrouw C. een aantal aanvullende vragen. De eerste luidde als volgt:

"*In antwoord op vraag 2, geeft u aan dat het zeer aannemelijk is dat de cognitieve functiestoornissen ontstaan zijn na het ongeval. Ik neem aan dat u daarmee bedoelt door het ongeval.*"

De medische deskundige antwoordde hierop:

"*Ik besef dat na of door verschillend geïnterpreteerd kunnen worden, maar ik bedoel inderdaad door het ongeval. Naar mijn mening zijn de cognitieve functiestoornissen aan het ongeval toe te schrijven.*"

De tweede aanvullende vraag was:

"*In antwoord op vraag 3, geeft u aan dat persoonlijkheidstrekken en stress/vermoeidheid een rol spelen, maar niet voldoende de cognitieve beperkingen verklaren. De stress en vermoeidheid zijn juist een gevolg van het ongeval. Dat volgt m.i. ook uit uw onderzoek.*"

Het antwoord hierop was:

"*bij verworven hersenletsel is veelal ook het hormonale/stress systeem aangetast waardoor vermoeidheid en spanningen leiden tot slaapproblemen. Zoals ik heb geschreven is sprake van een vicieuze cirkel waarbij persoonlijkheidsfactoren mede een rol spelen. Daarnaast ontstaat vermoeidheid ook door manieren van compenseren bij cognitieve beperkingen. Teneinde te voorkomen dat de cognitieve functiestoornissen worden verklaard vanuit psychologische- en/of persoonlijkheidsfactoren heb ik in mijn antwoord opgenomen dat zij "niet voldoende de cognitieve beperkingen verklaren.*"

Met het bovenstaande antwoord wordt uitgesloten dat sprake is van een persoonlijke predispositie en dat mevrouw C. heftiger heeft gereageerd op het ongeval dan andere mensen zouden doen.

Het feit dat niet is gewerkt met de IWMD-vraagstelling leverde in eerste instantie een warrige vraag-antwoord constructie op. Als er was gewerkt met de systematiek van de IWMD-vraagstelling, dan waren de situatie met ongeval en de hypothetische zonder ongeval sneller helder geworden en dan had de medische deskundige ook niet zelfstandig het causale verband hoeven te beoordelen. Ook was er dan minder verwarring ontstaan met betrekking tot de psychologische- en/of persoonlijkheidsfactoren van mevrouw C, omdat aan de hand van de IWMD-vraagstelling de rol van deze factoren sneller duidelijker was geworden.

Ook het belang van het stellen van een aanvullende vraag komt hier wederom naar voren. Na de aanvullende vraag werd het causale verband tussen bepaalde symptomen en het ongeval pas duidelijk. Uit het antwoord van de medische deskundige op de aanvullende vraag bleek dat de cognitieve functiestoornissen in causaal verband stonden met het ongeval. De onduidelijkheid met betrekking tot causaal verband was een kwestie van ongelukkige formulering aan de zijde van de medische deskundige.

3.4.3. Casus "Niet te verklaren beenklachten"

Meneer D. heeft op zijn scooter een aanrijding gehad met een auto die vlak voor hem op de weg tot stilstand kwam. Hierbij liep hij wervelbreuken op. Daarnaast had hij pijn in zijn rechterbeen. Een orthopeed werd als medische deskundige ingeschakeld om de precieze symptomen in kaart te brengen en deze concludeerde dat de klachten in het rechterbeen niet orthopedisch chirurgisch te verklaren waren.

Ondanks dat hier niet werd gewerkt met de IWMD-vraagstelling, was er wel een situatie met en een situatie zonder ongeval af te leiden uit het medische deskundigenrapport. Bij de vraag naar de voorgeschiedenis van meneer D., merkte de medische deskundige namelijk op dat deze blanco was en dat er voor het ongeval geen rug- dan wel beenklachten bestonden. Dit zou kunnen worden gezien als de situatie zonder ongeval. Omdat vraag 2c hier echter niet werd gesteld, werd hier niets gezegd over de symptomen van meneer D. in de hypothetische situatie zonder ongeval. De klachten in het rechterbeen, waarvoor de medische deskundige op orthopedisch vakgebied geen goede verklaring heeft, zijn onderdeel van de situatie met ongeval.

De advocate van meneer D. stelde naar aanleiding van dit deskundigenrapport een aantal aanvullende vragen aan de medische deskundige, onder andere of hij het wenselijk vond om in verband met de bestaande beenklachten een aanvullend onderzoek op een ander vakgebied te laten verrichten. De medische deskundige antwoordde hierop:

"*In verband met de klachten, zoals deze door betrokkene worden aangegeven ter hoogte van het been rechts, waarvoor ik orthopedisch chirurgisch geen trauma gerelateerd anatomisch substraat voor kan aangeven*[85]*, kan eventueel worden overwogen om dit neurologisch te laten beoordelen om een somatische oorzaak uit te sluiten. Indien er geen neurologisch substraat kan worden aangegeven voor de klachten als zodanig dient mogelijkerwijs te worden overwogen om betrokkene eveneens psychologisch te laten beoordelen.*"

Hier wordt door de medische deskundige gesuggereerd dat er eventueel sprake is van een psychische predispositie die door het ongeval is geluxeerd, waardoor meneer D. klachten heeft gekregen aan zijn rechterbeen. Dit zou betekenen dat er wel sprake is van een causaal verband tussen de beenklachten en het ongeval.

Als hier gebruik zou zijn gemaakt van de IWMD-vraagstelling, had aan de hand van vraag 2c achterhaald kunnen worden of er sprake was van een predispositie en of die in de hypothetische situatie zonder ongeval ook op enig moment tot uiting zou zijn gekomen. Dan had bijvoorbeeld een aanvullende vraag kunnen zijn of meneer D. in de hypothetische situatie zonder ongeval op een vergelijkbare manier zou hebben gereageerd op een andere gebeurtenis in zijn leven.[86]

Als er specifiekere vragen zouden worden gesteld, zou eventueel eenzelfde situatie kunnen worden bewerkstelligd als in *HR X./Achmea*. In de ideale situatie was duidelijk geworden wat het precieze verband zou zijn tussen de beenklachten en het ongeval. Dan zou de schadebegroting daarop kunnen worden aangepast, bijvoorbeeld door middel van beperking van de looptijd van de schade.

[85] Dit wil zeggen dat er op orthopedisch chirurgisch gebied geen verklaring voor kan worden gegeven in relatie tot het ongeval.
[86] Vgl. HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, *NJ* 2016/138 (*Vossen Laboratories*) en HR 9 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:311, *RvdW* 2018/342 (*X./Achmea*).

3.5. Samenvatting: een tussenconclusie

In dit hoofdstuk heb ik gekeken naar de IWMD-vraagstelling in de praktijk. Door middel van het bestuderen van rechtspraak, literatuur en praktijkgevallen bij Beer advocaten, heb ik de vaststelling van de gezondheidssituatie van de benadeelde in de hypothetische situatie zonder ongeval door medische deskundigen geanalyseerd. Hieruit heb ik een paar conclusies getrokken.

Ten eerste viel mij op dat medische deskundigen op vraag 2c, die vraagt naar de hypothetische situatie zonder ongeval, vaak algemeen, vaag of ontwijkend reageren. Praktijkjuristen kunnen met zulke antwoorden weinig in het kader van de vaststelling van de schade. Ook rechters kunnen hier weinig mee, aangezien zij hun oordeel moeten herleiden tot de conclusies van een medische deskundige.

Het stellen van een aanvullende vraag was in de gevallen die ik heb bestudeerd vaak een goede oplossing voor dit probleem (geweest). Aanvullende vragen zorgden ervoor dat een medische deskundige een duidelijkere uitspraak deed over de hypothetische situatie zonder ongeval dan hij of zij in eerste instantie had gedaan.

Tot slot viel mij het belang van de IWMD-vraagstelling op.

4. Kritiek op de IWMD-vraagstelling en mogelijkheden tot verbetering

4.1. Inleiding

In hoofdstukken 2 en 3 heb ik achtereenvolgens het juridisch kader met betrekking tot de probleemstelling uiteengezet en de IWMD-vraagstelling in de praktijk besproken. Hieruit is gebleken dat de voorspelling van de hypothetische situatie zonder ongeval door medische deskundigen vaak wordt gedaan aan de hand van vraag 2c. Medische deskundigen beantwoorden deze vraag echter vaak algemeen of onduidelijk.

In dit hoofdstuk zal ik aan de hand van literatuur en jurisprudentie bekijken wat er in de weg staat aan een optimale vaststelling van de gezondheidssituatie van de benadeelde in de hypothetische situatie zonder ongeval. Hierbij zal ik kijken naar moeilijkheden en knelpunten die medische deskundigen ervaren bij het beantwoorden van vraag 2c en zal ik ook de geleverde kritiek op de IWMD-vraagstelling behandelen. Tot slot zal ik een voorstel doen tot verbetering van de bestaande praktijk ter bevordering van de door medische deskundigen zo optimaal mogelijke vaststelling van de gezondheidssituatie van de benadeelde in de hypothetische situatie zonder ongeval.

4.2. Moeilijkheden en knelpunten aan de zijde van de medische deskundige

4.2.1. Introductie

In deze paragraaf zal ik kijken naar de moeilijkheden en knelpunten die medische deskundigen ervaren bij het voorspellen van de hypothetische situatie zonder ongeval en proberen een verklaring te vinden voor het feit dat medische deskundigen vraag 2c soms vaag, ontwijkend of algemeen beantwoorden. In hoofdstuk 3 is beschreven dat medische deskundigen vaak pas na het stellen van een aanvullende vraag een duidelijk antwoord geven over de hypothetische situatie zonder ongeval. Ook hier zal een verklaring voor worden gezocht.

4.2.2. "Professioneel koffiedik kijken"

Het eerste obstakel dat medische deskundigen ervaren bij het beantwoorden van vraag 2c is een voor de hand liggende. In vraag 2c wordt gevraagd of er, in de situatie dat het ongeval nooit was gebeurd, binnen het vakgebied van de medische deskundige ook klachten en afwijkingen zouden zijn geweest of op enig moment hadden kunnen ontstaan. Medici kunnen deze vraag simpelweg niet altijd beantwoorden, aangezien deze vraag inzicht in een voorwaardelijk veranderde toekomst veronderstelt en artsen dit bijna nooit hebben.[87] Vraag 2c vraagt de deskundige om te voorspellen hoe iemands hypothetische medische situatie zonder ongeval eruit zou hebben gezien, en het is goed te begrijpen dat daar in sommige situaties niets over te zeggen is. Lindenbergh noemt het voorspellen van de hypothetische situatie zonder ongeval zelfs "professioneel koffiedik kijken".[88] De geneeskunde heeft niet altijd voorspellende waarde en redenen om aan te nemen dat iemand zonder ongeval bepaalde symptomen niet zou hebben ontwikkeld zijn niet altijd te geven.[89] Dit kan een reden

[87] Lok, *PIV-Bulletin 2011*, p. 9.
[88] Lindenbergh 2013, p. 8.
[89] Lok, *PIV-Bulletin 2011*, p. 9.

zijn dat medische deskundigen vaag, algemeen of ontwijkend antwoorden, omdat ze het antwoord gewoonweg niet weten.

4.2.3. Richtlijnen en rechtspraak

De beantwoording van de IWMD-vraagstelling bestaat vaak uit verschillende componenten: feitelijke informatie, medische informatie en de eigen conclusie van de medische deskundige. Een medische deskundige moet duidelijk aangeven waar de beoordeling van de gezondheidstoestand van iemand eindigt en waar zijn eigen visie begint.[90] Een medische deskundige mag bovendien niet meer zekerheid suggereren dan vanuit medisch-wetenschappelijk oogpunt verantwoord is. Volgens Drijber bestaan zekerheden per definitie niet. Medische deskundigen moeten dus werken met kansen, mogelijkheden en waarschijnlijkheden. Dit is de reden dat een medische deskundige zich vaak uitdrukt met termen als “niet valt uit te sluiten”, “mogelijk”, “wellicht” en “waarschijnlijk”.[91]

Aanbeveling 2.2.12 van de RMSR luidt als volgt:
“*De vragen worden volledig, begrijpelijk en vooral eenduidig beantwoord. Bij de beantwoording van de vragen komen niet plotseling aspecten naar voren, die in de voorafgaande tekst niet terug te vinden zijn Als een expert de vraag niet gefundeerd kan beantwoorden, dan ziet hij van beantwoording af en vermeldt hij waarom hij de vraag niet kan beantwoorden.*”[92]

Als een medische deskundige vraag 2c niet kan beantwoorden, is het met het oog op deze aanbeveling veiliger om een algemeen of ontwijkend antwoord te geven op de vraag. Een medische deskundige mag onder geen beding overgaan tot speculeren.[93] Ook aanbeveling 2.2.18 van de RMSR zou ervoor kunnen zorgen dat medische deskundigen zich terughoudend opstellen. Hierin staat namelijk dat er in zijn algemeenheid geen percentages mogen worden toegekend of andersoortige kwantitatieve uitspraken mogen worden gedaan die niet op aantoonbare feiten berusten.[94] Als artsen zich niet houden aan de aanbevelingen van de RMSR kunnen ze tuchtrechtelijk worden vervolgd.[95]

Voorts heeft het Centraal Tuchtcollege een aantal eisen geformuleerd waaraan een rapportage van een medische deskundige moet voldoen. Hieronder valt dat de gronden van de conclusie van het advies inzichtelijk en consistent moeten worden uiteengezet en dat deze gronden aantoonbaar voldoende steun moeten vinden in de feiten, omstandigheden en bevindingen van dat advies. Voorts moeten bedoelde gronden de daaruit getrokken conclusie kunnen rechtvaardigen en moet de methode van de beantwoording worden verantwoord. De medische deskundige mag hierbij de grenzen van redelijkheid en billijkheid niet overschrijden.[96] Medische deskundigen mogen zich niet buiten het terrein van hun eigen deskundigheid bevinden en ook geen vragen beantwoorden die hen niet zijn gesteld. Als

[90] Wilken, Akkermans & Legemaate 2010, p. 181-182; RTG Zwolle 1 november 2008; RTG Zwolle 1 november 2007, 2006/143.
[91] Concl. A-G B.J. Drijber, ECLI:NL:PHR:2018:44, r.o. 38, bij HR 9 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:311, *RvdW* 2018/342 (*X./Achmea*).
[92] NVSMR Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage april 2016’, nvmsr.nl/wp-content/uploads/2015/02/Richtlijn-NVMSR-april-2016-pdf.pdf, laatstelijk geraadpleegd op 11 juli 2018, p. 11.
[93] Van, *TvGR* 2004/7, par. 3.3.
[94] NVSMR Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage april 2016’, nvmsr.nl/wp-content/uploads/2015/02/Richtlijn-NVMSR-april-2016-pdf.pdf, laatstelijk geraadpleegd op 11 juli 2018, p. 11.
[95] Zie bijvoorbeeld CTG 17 januari 2017, ECLI:NL:TGZCTG:2017:39, 2016/168. Hier was uiteindelijk geen sprake van tuchtrechtelijke verwijtbaarheid, maar hier blijkt wel uit dat dit een vervolg kan zijn van niet handelen conform de RMSR.
[96] Wilken & Akkermans, *PIV-Bulletin* 2010, p. 4; CTG 24 februari 2009, 2007/376; CTG 24 februari 2009, 2007/368.

vragen worden gesteld die verder gaan dan de deskundigheid van een medische deskundige, moet hij of zij zich onthouden van het geven van een antwoord.[97]

Dit kunnen allemaal factoren zijn die bijdragen aan het geven van een algemeen, onduidelijk of ontwijkend antwoord. Het feit dat antwoorden verkeerd kunnen worden geïnterpreteerd of dat hieruit de verkeerde conclusies kunnen worden getrokken, zal wellicht ook een rol spelen.

4.2.4. Kritiek Joachim Lok

Lok, medisch adviseur bij Delta Lloyd Groep, betoogt in zijn artikel dat de huidige vraag 2c niet in overeenstemming is met de RMSR. Volgens Lok kan een goede expert geen antwoord geven op deze vraag, omdat de geneeskunde niet over de middelen beschikt om inzicht te geven in de voorwaardelijk veranderde toekomst, waar vraag 2c naar vraagt. Een antwoord op de nu bestaande vraag 2c is geen medisch oordeel en kan geen enkele medische deskundige motiveren vanuit zijn expertise. Ook bij de bevolkingsgroep die nooit een ongeval heeft gehad ontstaan immers op een zeker moment klachten volgens Lok.[98]

Om zijn punt te verduidelijken wijst Lok op de aanbevelingen 2.2.14 en 2.2.16 van de RMSR uit 2008, die als toelichting worden genoemd bij vragen 2a, 2b en 2c van de IWMD-vraagstelling.[99] Deze luiden respectievelijk als volgt:
"*Als de expert om een inschatting wordt gevraagd en hij zich competent acht deze inschatting te maken, dan zorgt hij ervoor dat duidelijk wordt op welke wijze deze inschatting tot stand is gekomen. Hij geeft aan wat daarbij heeft meegewogen en wat van doorslaggevende betekenis is geweest.*"[100]; en
"*Een eventuele causaliteitsvraag wordt uitsluitend beantwoord vanuit de medische causaliteitsgedachte, dat wil zeggen op grond van datgene wat bekend en herkenbaar is met betrekking tot het ontstaan en het beloop van de onderhavige klachten en verschijnselen. Deze vaststelling geschiedt in overeenstemming met de gangbare inzichten dan wel richtlijnen van de desbetreffende wetenschappelijke vereniging. De expert zal nimmer klachten aan een ongeval "toerekenen" of de causaliteit ervan louter baseren op het feit dat ze pas na het ongeval debuteerden.*"[101]

Volgens Lok kan er uit het antwoord op vraag 2c geen bewijskracht worden ontleend en kan men hier geen conclusies aan verbinden. Ook zorgt deze vraag voor spanningen aan de zijde van de medische deskundige: er wordt gevraagd naar zijn kijk op de situatie, terwijl aan de andere kant wordt verwacht dat hij zich houdt aan de medische causaliteitsgedachte en zijn oordeel baseert op in de geneeskunde gangbare inzichten, wat veronderstelt dat het rapport van de medische deskundige is gebaseerd op "evidence based medicine" (geneeskunde op basis van bewijs). Tot slot zorgt vraag 2c volgens Lok voor langdurige discussies ten aanzien van de persoon van de medische deskundigen. Verschillende medische deskundigen kunnen een verschillend standpunt hebben over een bepaald symptoom. Zo zou het kunnen

[97] Van, *TvGR* 2004/7, par. 3.3.
[98] Lok, *PIV-Bulletin* 2011, p. 9.
[99] Lok, *PIV-Bulletin* 2011, p. 9; 'IWMD Vraagstelling Causaal verband bij ongeval', deletselschaderaad.nl/downloads/Werkdocument-onderdeel-5-IWMD-Vraagstelling-Causaal-verband-bij-ongeval.pdf, laatstelijk geraadpleegd op 11 juli 2018.
[100] 'Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage januari 2008', https://www.nvpc.nl/uploads/stand/602f_2008_Medisch_specialistische_rapportage.pdf, laatstelijk geraadpleegd op 11 juli 2018, p. 12.
[101] 'Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage januari 2008', https://www.nvpc.nl/uploads/stand/602f_2008_Medisch_specialistische_rapportage.pdf, , laatstelijk geraadpleegd op 11 juli 2018, p. 12.

gebeuren dat de ene medische deskundige een ander antwoord zou geven op vraag 2c dan een andere medische deskundige zou doen. Hij vindt dat dit voorkomen moet worden.[102]

Lok betoogt dat het om deze redenen beter is om vraag 2c te vervangen door een vraag die wel "evidence based" te beantwoorden is en die dezelfde kennis oplevert, namelijk: "*Kunnen de klachten en afwijkingen zoals betrokkene die presenteert ook op enig moment ontstaan bij leden van de niet getraumatiseerde bevolking?*"[103] Deze vraag voldoet volgens hem meer aan de Richtlijn. Een antwoord op deze vervangende vraag heeft een hogere bewijskracht en kan makkelijker door een medicus binnen zijn deskundigheid worden beantwoord.[104]

Hiermee wordt echter de oorspronkelijke vraag 2c teniet gedaan, omdat die ingaat op de persoon in kwestie. Met de oorspronkelijke vraag 2c is het ook mogelijk om de persoonlijke predispositie te achterhalen en met het nieuwe voorstel van Lok niet. Vraag 2c vraagt namelijk naar klachten en afwijkingen die er zonder ongeval ook zouden zijn geweest of hadden kunnen ontstaan. Als benadeelde bijvoorbeeld last heeft van een somatoforme stoornis, zoals in *HR Vossen Laboratories* het geval was, zou een deskundige aan de hand van vraag 2c kunnen oordelen dat benadeelde hier in de situatie zonder ongeval ook op enig moment last van had kunnen krijgen en dat bepaalde symptomen in de hypothetische situatie zonder ongeval ook op enig moment waren ingetreden. Met het nieuwe voorstel van Lok wordt gevraagd naar leden van de niet getraumatiseerde bevolking, waarvan een deel misschien wel en een deel geen last zou krijgen van een somatoforme stoornis, zodat het per persoon verschilt of bepaalde symptomen zouden optreden in de hypothetische situatie zonder ongeval. Zo kan er geen rekening worden gehouden met de persoonlijke predispositie van de benadeelde.

Wel zou deze vraag gesteld kunnen worden als aanvullende vraag, dus op het moment dat een medische deskundige geen antwoord kan geven op vraag 2c. Dit zou bijvoorbeeld kunnen worden gezien als een laatste aanknopingspunt in het geval dat een medische deskundige niets kan zeggen over de benadeelde in kwestie, ook niet na aanvullende vragen over de benadeelde. Dan kan aan de hand van de vraag van Lok over leden van de niet getraumatiseerde bevolking een kanspercentage worden gegeven door de medische deskundige en zou op basis daarvan de schade kunnen worden berekend. Bovendien zou dan nog kunnen worden gevraagd naar verschillende oorzaken die in het algemeen bestaan voor de symptomen van benadeelde en of die oorzaken in het geval van benadeelde kunnen worden uitgesloten. Op basis hiervan zou de medische deskundige misschien toch gemotiveerd kunnen aangeven waarom het aannemelijk is dat deze benadeelde zonder dit ongeval waarschijnlijk dezelfde symptomen zou hebben gekregen. In de casus "Niet te verklaren beenklachten" had dit wellicht een manier kunnen zijn om het causale verband te achterhalen.

4.2.5. Welke informatie is relevant?

Een andere verklaring waarom medische deskundigen vraag 2c vaag, ontwijkend of algemeen beantwoorden, is omdat het voor een medicus vaak lastig is in te schatten welke informatie een jurist precies nodig heeft. Vaak nemen juristen aan dat een medische deskundige over genoeg juridische kennis beschikt om zelf te kunnen beoordelen welke medische informatie relevant is voor de jurist. In de praktijk blijkt dit echter vaak niet het geval te zijn.[105] Zoals reeds is behandeld, heeft een medische deskundige een andere kijk op

[102] Lok, *PIV-Bulletin* 2011, p. 9.
[103] Lok, *PIV-Bulletin* 2011, p. 9.
[104] Lok, *PIV-Bulletin* 2011, p. 9.
[105] Wilken, Akkermans & Legemaate 2010, p. 149-150.

causaliteit dan een jurist. Derhalve is het voor een medicus lastig om de beoordeling te maken welke informatie een jurist nodig heeft om een uitspraak te doen omtrent causaliteit.

Vraag 2c kan door medici, die niet weten hoe belangrijk bijvoorbeeld een kanspercentage voor een jurist is bij het bepalen van de omvang van de schade, als een hele open, beschrijvende vraag worden beschouwd. Het resultaat hiervan kan zijn dat de deskundige antwoord geeft in vage, algemene bewoordingen, temeer omdat hij zich voorzichtig wil uitdrukken met bovenstaande richtlijnen in zijn achterhoofd. Het feit dat in eerste instantie niet duidelijk was welke informatie een jurist precies nodig had, zou ook een verklaring kunnen zijn waarom een medische deskundige zich na een aanvullende vraag wél specifieker uitdrukt. Zoals bleek uit een aantal praktijkvoorbeelden, is dit vaak een kwestie van formulering aan de zijde van een medische deskundige. Vooral bij medische deskundigen die nog niet veel ervaring hebben met de IWMD-vraagstelling zou dit kunnen zorgen voor verwarring.

4.2.6. (On)partijdigheid

Een laatste reden dat medische deskundigen soms vaag, algemeen of ontwijkend kunnen reageren op vraag 2c, is omdat medische deskundigen dikwijls opereren op een spanningsveld waarin ze enerzijds optreden in opdracht van slachtoffer óf verzekeraar, en anderzijds geacht worden onafhankelijk te zijn.[106] Medische deskundigen mogen geen subjectieve oordelen, veronderstellingen en onzakelijke en vooringenomen kwalificaties uiten.[107] Ook mogen deskundigen niet eenzijdig rapporteren.[108] De onafhankelijkheid van medische deskundigen wordt ook wel de professionele autonomie genoemd.[109] Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam overwoog hieromtrent dat een medisch adviseur in de eerste plaats arts is, daarnaast medisch adviseur en geen regisseur, pleitbezorger of belangenbehartiger van zijn opdrachtgever.[110]

Doordat medische deskundigen worden ingeschakeld door één van de partijen in het letselschadetraject, bestaat het risico dat ze automatisch partijdigheid in hun schoenen krijgen geschoven.[111] Een slachtoffer heeft baat bij een pessimistische inschatting van zijn toekomstige situatie met ongeval en een optimistische inschatting van zijn hypothetische situatie zonder ongeval, en een verzekeraar heeft baat bij het omgekeerde.[112] Het kan gebeuren dat door deze verschillende belangen van partijen de professionele standaard van medische deskundigen onder druk komt te staan.[113] Een medische deskundige zou er, bewust of onbewust, voor kunnen kiezen om bepaalde symptomen vaag of algemeen te beschrijven, als dit ten gunste komt van zijn of haar opdrachtgever. Dit zou een derde verklaring kunnen zijn voor vage, algemene of ontwijkende antwoorden op vraag 2c.

Hoewel de partijdigheid van een medische deskundige niet te ver moet gaan, is een medische deskundige wel vrij om zijn antwoord te formuleren in eigen gekozen bewoordingen. Sommige auteurs betogen dat onafhankelijkheid en onpartijdigheid elkaar niet in de weg hoeven te staan. Van leidde uit de overwegingen van een uitspraak van het Centraal Tuchtcollege van de Gezondheidszorg af dat een onafhankelijk medisch advies niet hetzelfde hoeft te zijn als een onpartijdig medisch advies. Volgens hem staat het de medische

[106] Wilken, *TvGR* 2009/8, p. 588.
[107] Van, *TvGR* 2004/7, par. 3.2.
[108] Wilken & Akkermans, *PIV-Bulletin* 2010, p. 4.
[109] Wilken, *TvGR* 2009/8, p. 592.
[110] RTG Amsterdam 26 mei 2009, 2008/030; RTG Amsterdam 26 mei 2009, 2008/028; Wilken, *TVP* 2010/1, p. 1–5.
[111] Wilken, *TVP* 2010/1, p. 4.
[112] Wilken, Akkermans & Legemaate 2010, p. 160.
[113] Wilken, *TvGR* 2009/8, p. 591.

deskundige vrij om partijdig advies uit te brengen dat gunstig is ten aanzien van de positie van zijn opdrachtgever, als hij maar duidelijk aangeeft waar de objectieve beoordeling van de gezondheidstoestand van de benadeelde eindigt en waar zijn eigen visie begint.[114]

4.3. Oplossingen

De IWMD-vraagstelling heeft voor veel vooruitgang gezorgd, maar op het punt van de hypothetische situatie zonder ongeval is nog verbetering mogelijk. Uit mijn onderzoek bleek dat medische deskundigen vaak blijven steken in algemene, vage of ontwijkende bewoordingen bij het voorspellen van de hypothetische situatie zonder ongeval. Dit kan verschillende oorzaken hebben. Ten eerste weten medische deskundigen niet altijd hoe de hypothetische situatie zonder ongeval van benadeelde eruit zou hebben gezien. Bovendien heeft een medische deskundige zich te houden aan verschillende richtlijnen en tuchtrechtelijke eisen. Dit kan ervoor zorgen dat medische deskundigen bang zijn om een oordeel op papier te zetten dat kan worden aangezien als speculeren, aangezien de voorspelling van de hypothetische situatie zonder ongeval niet is berust op zekerheden. Een andere reden is dat het voor medische deskundigen lastig kan zijn om in te schatten welke informatie precies relevant is voor een jurist. Tot slot kan (onbewuste) partijdigheid een rol spelen in de formulering van medische deskundigen.

Om bovenstaande problemen op te lossen, heeft de praktijk uitgewezen dat het stellen van aanvullende vragen zinvol is. Vaak werd de hypothetische situatie zonder ongeval hierdoor wel duidelijk en hielpen de aanvullende vragen om de medische deskundige te bewegen zijn antwoord helderder of specifieker te formuleren. Aanbeveling 2.2.13 van de RMSR geeft aan dat als de medische deskundige om een inschatting wordt gevraagd, hij deze mag maken als hij deze goed motiveert.[115] Hierin ligt een waarborg voor het beantwoorden van aanvullende vragen die zien op een inschatting of kanspercentage.

Een tweede oplossing zou wellicht kunnen zijn om vraag 2c verder te specificeren. Aan de vraag zou een vraag kunnen worden toegevoegd, bijvoorbeeld: "*Hoe groot acht u die kans?*" en/of "*Wanneer hadden deze klachten en afwijkingen zich in deze situatie zonder ongeval voorgedaan?*"

Een andere oplossing werd door de Hoge Raad gesuggereerd in *HR X./Academisch Ziekenhuis Maastricht*, namelijk dat een deskundige kan worden uitgenodigd op een zitting om mondeling een toelichting te geven op zijn rapport.[116] In de eerste plaats biedt dit een oplossing voor gevallen waarin het deskundigenbericht is uitgebracht in een lopende procedure. Op grond van artikel 194 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering zou echter ook aan de rechter kunnen worden gevraagd of hij ter zitting een deskundige, die buiten de procedure om door partijen is benoemd, in de hoedanigheid van een getuige-deskundige mondeling wil horen.

[114] Van, annotatie bij CTG 19 juli 2007, *TVP* 2007/3, p. 97.
[115] 'NVSMR Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage april 2016', nvmsr.nl/wp-content/uploads/2015/02/Richtlijn-NVMSR-april-2016-pdf.pdf, laatstelijk geraadpleegd op 11 juli 2018, p. 11.
[116] HR 27 oktober 2017, ECLI:NL:HR:2017:2786, *NJ* 2017/422 (*X./Academisch Ziekenhuis Maastricht*).

5. Conclusie

5.1. Inleiding

In deze scriptie heb ik onderzocht hoe kan worden bevorderd dat medische deskundigen komen tot een voor de letselschadepraktijk zo optimaal mogelijke vaststelling van de gezondheidssituatie van de benadeelde in de hypothetische situatie zonder ongeval. Deze wordt vaak vastgesteld aan de hand van vraag 2c. Daarom heb ik gekeken naar de vraagstelling in de praktijk. Hieruit bleek dat medische deskundigen deze vraag vaak vaag, algemeen of ontwijkend beantwoorden. Vervolgens heb ik gekeken waarom medische deskundige dergelijke antwoorden geven op vraag 2c en hoe juristen hier het beste mee om kunnen gaan. In dit hoofdstuk zullen de belangrijkste en meest relevante bevindingen worden uiteengezet.

5.2. Het belang van de IWMD-vraagstelling

Ten eerste bleek uit mijn onderzoek het belang van de IWMD-vraagstelling. De IWMD-vraagstelling is ervoor gemaakt om de situatie met ongeval en de hypothetische situatie zonder ongeval uiteen te laten zetten door de medische deskundige. Op basis hiervan kan de jurist een beoordeling omtrent het causale verband maken. In zaken waarin hier niet mee werd gewerkt, bleef het causale verband vaak onduidelijk. Het zou dus een positieve verbetering zijn ten aanzien van het benaderen van een redelijke schadebegroting, als juristen bij onzeker causaal verband (nog) vaker met de IWMD-vraagstelling zouden werken.

5.3. Aanvullende vragen

Voorts bleek uit de praktijkvoorbeelden en het jurisprudentieonderzoek hoe belangrijk het stellen van aanvullende vragen is bij een vaag, algemeen of ontwijkend antwoord van de medische deskundige omtrent de hypothetische situatie zonder ongeval. Dergelijke antwoorden worden op deze manier gespecificeerd. Vaak werd na pas het stellen van een aanvullende vraag duidelijk in hoeverre bepaalde symptomen in causaal verband stonden met het ongeval. Formulering van de aanvullende vraag is hierbij belangrijk. Veelal heeft het effect om eerst te benoemen dat een medicus een bepaalde uitkomst suggereert. Daarna is het belangrijk om specifiek door te vragen naar waar onzekerheid over bestaat. Dit kan bijvoorbeeld zijn de invloed van bepaalde persoonlijkheidstrekken op de hypothetische situatie zonder ongeval, de precieze oorzaak van een symptoom of de grootte van de kans dat bepaalde klachten zonder ongeval ook waren opgetreden. Zo kan worden bewerkstelligd dat iemand de schade vergoed krijgt waar diegene recht op heeft, in sommige gevallen door middel van proportionele aansprakelijkheid of beperking van de looptijd van de schade. Uit de jurisprudentie bleek dat niet alle rechters en advocaten de moeite nemen om aanvullende vragen te stellen, maar dat dit in veel gevallen wel doeltreffend is. Dit zou misschien meer aandacht moeten krijgen onder juristen. Ook ter zitting kunnen aanvullende vragen worden gesteld.

De reden waarom medische deskundigen in eerste instantie een vaag, algemeen of ontwijkend antwoord geven op vraag 2c, is vaak omdat ze niet precies weten welke informatie een jurist nodig heeft. Als een medicus in eerste instantie zegt dat iets “niet valt uit te sluiten”, maar na aanvullende vraag een kanspercentage geeft, is dit niet een kwestie van

standpuntswijziging maar van formulering en van beter begrip welke informatie relevant en zinvol is voor een jurist. Dit benadrukt des te meer het belang van aanvullende vragen.

Wat verder uit de jurisprudentie bleek, is dat een motivering van een oordeel van de rechter in beginsel ontoereikend is als deze niet te herleiden is tot een oordeel van een medische deskundige.[117] Als een medische deskundige geen antwoord kan of wil geven op een (aanvullende) vraag, kan een rechter zelf een oordeel vellen omtrent causaliteit, als hij dit maar goed motiveert op basis van feiten uit het dossier.[118]

5.4. Concluderend

De IWMD-vraagstelling heeft in zijn geheel uitgewezen effectief te zijn, maar op het punt van de hypothetische situatie zonder ongeval is nog verbetering mogelijk. De optimalisatie van de vaststelling van de gezondheidssituatie van de benadeelde in de hypothetische situatie zonder ongeval door medische deskundigen kan worden bevorderd door goed geformuleerde aanvullende vragen te stellen op vraag 2c. Daarbij kan een voorbeeld worden genomen aan casussen die zijn besproken in deze scriptie, zoals casus “Ganglion”.

Ook zou er kunnen worden nagedacht om vraag 2c uit te breiden met subvragen, zoals “*Hoe groot acht u die kans?*” en/of “*Wanneer hadden deze klachten en afwijkingen zich in deze situatie zonder ongeval voorgedaan?*” Naar de precieze formulering van deze uitbreiding, met als doel om de medische deskundige meteen te bewegen een zo duidelijk mogelijk antwoord te geven op vraag 2c, zou nader onderzoek kunnen worden gedaan in de vorm van experimenteren in de praktijk.

[117] Concl. A-G B.J. Drijber, ECLI:NL:PHR:2018:44, r.o. 44, bij HR 9 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:311, *RvdW* 2018/342 (*X./Achmea*).
[118] Van Dijk & Overes, *TLP* 2016/138, p. 4.

Bibliografie

Literatuur

Boeken

Lindenbergh 2013
S.D. Lindenbergh, *Van smart naar geld*, Deventer: Kluwer 2013.

Wilken, Akkermans & Legemaate 2010
A. Wilken, A.J. Akkermans & J. Legemaate, *Medisch Beoordelingstraject bij letselschade. Inventarisatie bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtlijnen*, De Letselschade Raad 2010.

Bijdragen in boeken

Bolt, in: *GS Schadevergoeding*
A.T. Bolt, commentaar op art. 6:107 BW, in: A.T.Bolt (red.), *Groene Serie Schadevergoeding*, Deventer, Wolters Kluwer (losbladig en online).

Friderichs 2010
M. Friderichs, 'Addendum: trigger finger trigger finger', in: K. van Nugteren, *Orthopedische casuïstiek*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2010, p. 25-32.

Nugteren, van 2010
K. van Nugteren, '2a Addendum: de ziekte van De Quervain: tendovaginitis stenosans of tendinose?', in: K. van Nugteren & D. Winkel (red.), *Orthopedische casuïstiek. Onderzoek en behandeling van middenhand en vingers*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2010, p. 23-27.

Rood, van, Ter Kuile & Speckens 2001
Y.R. van Rood, M.M. ter Kuile & A.E.M. Speckens, 'Ongedifferentieerde somatoforme stoornis', in: P. Spinhoven, T.K. Bouman & C.A.L. Hoogeduin (red.), *Behandelingsstrategieën bij somatoforme stoornis*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2001, p. 17-40.

Vingerhoets 2005
A.J.J.M. Vingerhoets, 'Onbegrepen chronische klachten in een wisselend biopsychosociaal perspectief: oog voor dynamiek', in: J.W.J. van der Gulden, *Onverklaarde chronische klachten: verklaring, behandeling en begeleiding*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2005.

Artikelen in tijdschriften

Akkermans, *TVP* 2003/4
A.J. Akkermans, 'Causaliteit bij letselschade en medische expertise', *TVP* 2003/4, p. 93-104.

Akkermans, Elferink & Van, *TVP* 2005/4
A.J. Akkermans, M.H. Elferink & A.J. Van, 'Verbetering van het medische traject. De activiteiten van de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging en de IWMD', *TVP* 2005/4, p. 116-121.

Brands, *NTvT* 2009/116
W.G. Brands, 'De positie van de deskundige in aansprakelijkheidszaken', *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* 2009/116, p. 228-233.

Dijk, van & Overes, *TLP* 2016/138
C.H. van Dijk & J.S. Overes, 'Predispositie en de omvang van de vergoeding van letselschade. Naar een onzekerheidscorrectie bij onzekerheid rondom predispositie?', *TLP* 2016/138.

Lok, *PIV-Bulletin* 2011
J. Lok, 'Kanttekeningen bij de IWMD vraagstelling "Causaal verband bij ongeval" van januari 2010', *PIV-Bulletin* januari 2011, p. 7-9.

Overes, *TVP* 2017/4
J.S. Overes, 'De inschatting van het hypothetisch carrièreverloop: tussen idealisme en realisme – HR 17 februari 2017, ECLI:NL:HR:2017:273 (Molenaarszoon)', *TVP* 2017/4, p. 129-134.

Reinders, *Medisch Contact* 2002/1
H. Reinders, 'Facetten van whiplash. Een door mensen gemaakt ziektebeeld nader onderzocht', *Medisch Contact* 2002/1, p. 11-14.

Schultz, *AV&S* 2016/11
J.F. Schultz, 'HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397; Predispositie en toekomstige schade', *AV&S* 2016/11, p. 68-73.

Teulings, *L&S* 2010/178
R.I. Teulings, SOLK: Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten, *L&S* 2010/178, afl. 4, p. 5-12.

Van, *TVP* 2003/4
A.J. Van, 'Vraag het aan de deskundige! Maar hoe?', *TVP* 2003/4, p. 105-110.

Van, *TvGR* 2004/7
A.J. Van, 'De tuchtrechtelijke en civielrechtelijke aansprakelijkheid van medische deskundigen', *TvGR* 2004/7.

Van, *L&S* 2012/1
A.J. Van, 'Onbegrepen chronische pijnklachten; rol voor de IWMD?', *L&S* 2012/1, p. 30-37.

Van, Akkermans & Wilken, *TVP* 2009/2
A.J. Van, A.J. Akkermans & A. Wilken, 'Nieuwe versie IWMD-vraagstelling: causaal verband bij ongeval', *TVP* 2009/2, p. 33-40.

Wilken, *TvGR* 2009/8
A. Wilken, 'Op weg naar een professionele standaard voor medisch adviseurs in letselschadezaken', *TvGR* 2009/8, p. 588-600.

Wilken, *TVP* 2010/1
A. Wilken, 'De medisch adviseur moet objectief en onafhankelijk zijn', *TVP* 2010/1, p. 1-6.

Wilken & Akkermans, *PIV-Bulletin* 2010
A. Wilken & A.J. Akkermans, 'Het medisch beoordelingstraject bij letselschadezaken: de stand van zaken', *PIV-Bulletin* januari 2010, p. 1-8.

Elektronische bronnen

'IWMD Vraagstelling Causaal verband bij ongeval', deletselschaderaad.nl/downloads/Werkdocument-onderdeel-5-IWMD-Vraagstelling-Causaal-verband-bij-ongeval.pdf.

'NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn', nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-aspecifieke-lagerugpijn.

'Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage januari 2008', https://www.nvpc.nl/uploads/stand/602f_2008_Medisch_specialistische_rapportage.pdf.

'NVSMR Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage april 2016', nvmsr.nl/wp-content/uploads/2015/02/Richtlijn-NVMSR-april-2016-pdf.pdf.

'Maasstad Ziekenhuis. Patiënteninformatie. Duimbasis en/of polsbotslijtage (CMC1 en of STT artrose). Plastische chirurgie', www.maasstadziekenhuis.nl/media/2934/2833-duimbasis-enof-polsbotslijtage-cmc1-en-of-stt-artrose-plastische.pdf.

'Projectgroep Medische Deskundigen in de Rechtspleging', rechten.vu.nl/nl/onderzoek/organisatie/onderzoeksinstituten-en-centra/projectgroep-medische-deskundigen/index.aspx.

Rechtspraak, conclusies en annotaties

Hoge Raad

HR 8 februari 1985, ECLI:NL:HR:1985:AG4961, *NJ* 1986/137, m.nt. C.J.H. Brunner (*Renteneurose*).

HR 4 november 1988, ECLI:NL:HR:1988:AB8920, *NJ* 1989/751, m.nt. C.J.H. Brunner (*ABP/Stuyvenberg*).

HR 2 februari 1990, ECLI:NL:HR:1990:AB7897, *NJ* 1991/292, m.nt. Brunner (*Staat/Vermaat*).

HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2654, *NJ* 1998,624 (*Vehof/Helvetia*).

HR 13 december 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE9243, *NJ* 2003/212 (*B/Olifiers*).

HR 31 maart 2006, ECLI:NL:HR:2006:AU6092, *NJ* 2011/250 (*Nefalit/Karamus*).

HR 30 november 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA4604, *NJ* 2012/613 (*Derde peildatum-arrest*).

HR 5 december 2008, ECLI:NL:HR:2008:BE9998, *NJ* 2009/387, m.nt. J.B.M. Franken (*Rijnstate/[F]]*).

HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, *NJ* 2016/138 (*Vossen Laboratories*).

HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, *JA* 2016/14, m.nt. A.I. Schreuder (*Vossen Laboratories*).

HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, *JAR* 2015/315, m.nt. B. Barentsen (*Vossen Laboratories*).

HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, *NJ* 2016/138, m.nt. S.D. Lindenbergh.

HR 17 februari 2017, ECLI:NL:HR:2017:273, *NJ* 2017/115 (*Molenaarszoon*).

HR 17 februari 2017, ECLI:NL:HR:2017:273, *JA* 2017/57, m.nt. E.W. Bosch (*Molenaarszoon*).

HR 27 oktober 2017, ECLI:NL:HR:2017:2786, *NJ* 2017/422 (*X./Academisch Ziekenhuis Maastricht*).

HR 9 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:311, *RvdW* 2018/342 (*X./Achmea*).

Gerechtshoven

Hof ’s-Hertogenbosch 8 april 2014, ECLI:NL:GHSHE:2014:984.

Hof ’s-Hertogenbosch 26 augustus 2014, ECLI:NL:GHSHE:2014:2964.

Rechtbanken

Rb. Zwolle 16 februari 2000, ECLI:NL:RBZWO:2000:AK4247, *TVP* 2000, p. 78 e.v., m.nt. A.J. Akkermans.

Rb. Amsterdam 9 maart 2017, ECLI:NL:RBAMS:2017:1538, *JA* 2017/80.

Rb. Gelderland 11 oktober 2017, ECLI:NL:RBGEL:2017:6741, *JA* 2017/80.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

CTG 24 februari 2009, 2007/368

CTG 24 februari 2009, 2007/376

CTG 17 januari 2017, ECLI:NL:TGZCTG:2017:39, 2016/168.

Regionale Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg

RTG Amsterdam 26 mei 2009, 2008/030.

RTG Amsterdam 26 mei 2009, 2008/028.

RTG Zwolle 1 november 2007, 2006/143.

Conclusies

Concl. A-G J. Spier, ECLI:NL:PHR:2015:1667, bij HR 27 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3397, *NJ* 2016/138 (*Vossen Laboratories*).

Concl. A-G T. Hartlief, ECLI:NL:PHR:2016:1197, bij HR 17 februari 2017, ECLI:NL:HR:2017:273, *JA* 2017/57, m.nt. E.W. Bosch (*Molenaarszoon*).

Concl. A-G B.J. Drijber, ECLI:NL:PHR:2018:44, bij HR 9 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:311, *RvdW* 2018/342 (*X./Achmea*).

Annotaties

A.J. Van, annotatie bij CTG 19 juli 2007, *TVP* 2007/3, p. 94-97.